

**OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita**

I sottoscritti .....  
genitori di .....nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via.....  
n. .... frequentante la classe ..... dell'I.C. Massari-Galilei, plesso .....  
essendo il minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il  
regolare orario scolastico

**chiedono che**

al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario,  
i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal  
dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ ed allegato alla presente;

(oppure)

che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della  
somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal  
dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ ed allegato alla presente;

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

**Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci**

I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza.

I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

**Si allega:**

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario

- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....  
.....

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

Genitori .....cell/abitazione.....  
Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) .....  
cell/studio.....