



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale Como Albate

p.zza IV Novembre, 1 – 22100 Como Tel. 031 524656

Sito web: www.icscomoalbate.edu.it e-mail: coic81200t@istruzione.it

pec: coic81200t@pec.istruzione.it



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA

Fondo sociale europeo
Fondo europeo di sviluppo regionale

Allegato A1: compilazione a cura di genitori/tutore legale

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto _____

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco SALVAVITA

I sottoscritti
genitori/tutore legale di nato a
il residente a in
via n. frequentante la scuola
..... classe sezione,
essendo il minore affetto dalla seguente patologia,

chiedono che

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia di cui sopra,
venga somministrato, in ambito e orario scolastico, il farmaco salvavita
..... come da allegata autorizzazione (Allegato B1) rilasciata
in data ____/____/____ dal PLS/MMG dott.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed
alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori
sanitari (attivati tramite chiamata al numero 112). I sottoscritti, consapevoli che l'operazione viene
svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale
derivante da tale intervento.





Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale Como Albate

p.zza IV Novembre, 1 – 22100 Como Tel. 031 524656

Sito web: www.icscomoalbate.edu.it e-mail: coic81200t@istruzione.it

pec: coic81200t@pec.istruzione.it



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA

Fondo sociale europeo
Fondo europeo di sviluppo regionale

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria (Allegato B1). Si allega, inoltre, se in possesso, il Piano Terapeutico di somministrazione del farmaco salvavita compilato dal Medico Specialista.

Numeri di telefono necessari:

-Genitori/Tutore Legale.....

-Pediatra di libera scelta (PLS)/medico curante (MMG).....

Se l'alunno/a è seguito/a presso un Centro Specialistico, indicare il nome dello specialista, la struttura di riferimento e un recapito telefonico

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

"I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiarano di aver effettuato la scelta/richiesta 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 dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

Genitore 1 _____

Genitore 2 _____

Tutore Legale _____

