

# Istituto Comprensivo "Alessandra Siragusa "



M.I.U.R.



Unione Europea

Via Ammiraglio Umberto Cagni n° 40-42 90146  
Palermo Tel. 0916711192  
Codice Fiscale: 97382190821  
Codice Meccanografico: PAIC8BP00T  
e-mail: paic8bp00t@istruzione.it  
posta certificata: paic8bp00t@pec.istruzione.it  
Sito web: [www.ddalessandrasiragusa.edu.it](http://www.ddalessandrasiragusa.edu.it)



Regione Siciliana

Prot. n..... del .....

**MODELLO A**

Alla Dirigente Scolastica

## **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA** (Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D. S.)

I sottoscritti .....  
genitori di ..... nata/o a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la classe/ sez. .... della Scuola .....  
sita a ..... in via .....  
essendo il minore affetto da ..... e constatata l'assoluta  
necessità, chiedono la somministrazione in ambito e orario scolastico dei farmaci, come da allegata  
autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal/la dott./ssa

**Consapevoli che l'operazione viene effettuata da personale non sanitario, 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 del 118 e sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**

**Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).**

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

### **\*nel caso firmi un solo genitore:**

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti alla verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 *ter* e 337 *quater* del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Firma

\_\_\_\_\_

### **Numeri di telefono utili:**

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori .....