

Al Coordinatore didattico
Licei Maria Ausiliatrice
PADOVA

OGGETTO: Richiesta autorizzazione per la somministrazione dei farmaci salva-vita a.s.

I sottoscritti..... genitori dell'alunno/a
iscritto/a alla classe

DICHIARANO

che il proprio figlio/a è affetto da

CHIEDONO

che in caso d'urgenza dovuta a e che si
manifesta con la seguente sintomatologia

(descrivere brevemente la situazione d'urgenza)

Venga somministrato allo/a stesso/a il farmaco:.....

Come prescritto dal certificato del medico allegato alla presente.

CHIEDONO

- Di poter accedere ai locali dell'Istituto MAUS
- Di consentire l'accesso ai locali dell'Istituto MAUS al/lla Sig./ra
documento (riportare gli estremi del documento di identità del delegato)

ovvero,

AUTORIZZANO

- Il personale in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra

ovvero,

- Comunicano che il proprio/a figlio/a è in grado di somministrarsi il/i farmaco/i
autonomamente

ESONERANO

Il personale coinvolto da ogni responsabilità per eventuali danni derivati dalla
somministrazione stessa.

SI IMPEGNANO

a dare comunicazione scritta se si renderanno necessarie delle modifiche nella prescrizione.

Allegano a tal fine il certificato medico che:

- attesta le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarate nella presente;
- prescrizione del farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente
specificate la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco rilasciato da un medico;
- dichiarano che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di cognizione
specialistiche di tipo sanitario.

Data

Firma dei genitori _____
