

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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_