***ALLEGATO 1***

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELL’ II.SS. “E. MEDI”**

 **DI PALERMO**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVA VITA**

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti .................................................................... ..................................................................... genitori di ................................................................. nato a ......................................... il ................................ residente a ................................................. in via ................................................................................n. ….......

frequentante la classe .......... della Scuola ........................................................................................................

sita a ................................................. in Via .........................................................................................n. …………

essendo il minore effetto da …........................................................ e constatata l'assoluta necessità

  **chiedono**

* la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci
* l’affiancamento e/o la vigilanza nell’autosomministrazione

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

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).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Luogo e Data .......................................... il .................................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

Numeri di telefono utili:

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

Genitori .......................................................... ..................................................