

|   |   |   |
|---|---|---|
|    | <b>ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE<br/>LUIGI GALVANI</b><br>Via L. Galvani, 7 Milano<br>Sito web: www.icgalvani.gov.it | SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI<br>SALVAVITA<br>Mod. 7 Dichiarazionee annuale |
|  |   |   |

Al Dirigente scolastico  
dell'IC "Luigi Galvani" Via Luigi Galvani n.7 Milano

**Oggetto: SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**

I sottoscritti \_\_\_\_\_,  
genitori/esercenti la potestà genitoriale dell'alunn\_/\_/\_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della

Scuola Primaria  Galvani  Casati  
Scuola Secondaria di primo grado  Fara  San Gregorio

**DICHIARONO**

che il/la propri\_/\_/ figli\_/\_/  necessita  non necessita della somministrazione di farmaci salvavita.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

I\_ sottoscritt\_ padre/madre, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA che \_/\_ padre/madre é stato informato ed è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nel caso di necessità di somministrazione di farmaci salvavita invitiamo a compilare anche la parte sottostante del modulo per presentare formale richiesta alla Dirigente, corredata dalla prescrizione redatta dallo specialista o dal pediatra di base. Tale prescrizione, leggibile e senza possibilità di equivoci o errori, dovrà contenere i seguenti dati esplicitati in modo chiaro:

- nome e cognome del/della ragazzo/a
- nome commerciale del farmaco
- descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco
- posologia
- modalità di conservazione del farmaco
- durata della terapia

I sottoscritti \_\_\_\_\_,  
genitori/esercenti la potestà genitoriale dell'alunn\_/\_/\_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della

Scuola Primaria  Galvani  Casati  
Scuola Secondaria di primo grado  Fara  San Gregorio

**CHIEDONO**

- sia continuata a scuola la terapia prescritta al/alla proprio/a figlio/a dal medico curante o centro di riferimento, di cui agli atti risulta allegata prescrizione medica;
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica.

Si rendono inoltre disponibili a **concordare un incontro a scuola in cui definire le modalità dell'intervento.**

Milano, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

I\_ sottoscritt\_ padre/madre, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA che \_/\_ padre/madre é stato informato ed è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_