

ALLEGATO 2- SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA



Ministero dell'Istruzione

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "IQBAL MASIH"

VIA B. MILESI, 4 - 20152 MILANO - Tel. 02/88440430 - Fax. 02/88440432

C.M. - MIIC8D000T - C.F. - 97505860151

e-mail: miic8d000t@istruzione.it Posta Certificata: miic8d000t@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico

ICS IqbalMasih
- Milano -
Al Coordinatore di classe

Oggetto: **SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**

I sottoscritti _____ e _____

genitori/ esercenti la potestà genitoriale dell'alunno _____

frequentante la classe _____ sezione _____ della Scuola Secondaria di primo

grado IqbalMasih di via Milesi

DICHIARONO

che il/la propri_/_ figli_/_

necessita della somministrazione di farmaci salvavita, in modo autonomo.

A tale proposito, allegano alla presente la relativa prescrizione leggibile e senza possibilità di equivoci o errori, contenente 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

CHIEDONO

sia continuata a scuola la terapia prescritta al/all propri_ figli_ 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, dichiarano di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevoli delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARANO

che l'altro genitore è stato informato, è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione.

Data _____ Firma _____