**( ALLEGATO A )**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’Istituto Comprensivo di UGENTO**

**Via Goldoni, 73059 UGENTO (LE)**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE**

*(a cura dei genitori; da consegnare in segreteria / Dirigente Scolastico)*

I sottoscritti (padre).................................................. e (madre) ......................................................

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

frequentante la classe.............della Scuola..................................................................…………sita a.……………………………………………………... Via ............................................n.............essendo il minore affetto da…........................................................ e constatata l'assoluta necessità, con la presente

**chiedono che**

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia, venga somministrato il farmaco salvavita/indispensabile…………………………………………………………………………………………….

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola , ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.***

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR Regolamento Europeo sulla Privacy (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.

DATA:………………………………………

Firma dei genitori/tutori/esercenti la responsabilità genitoriale

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

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

**Numeri di telefono utili:**

Padre..........................................................cell/abitazione.......................................................

Madre..........................................................cell/abitazione....................................................... Pediatra di libera scelta/medico curante ………………………………………………cell/studio…….................

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura

di riferimento………………………………………………………