

Al Direttore UOC Disabilità e non autosufficienza - SISS  
Distretto Alta Padovana

Oggetto: Richiesta di autorizzazione per la somministrazione di farmaci salvavita.

I sottoscritti .....e.....  
genitori dell'alunno/a .....  
iscritto/a al.....

**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 stesso, il farmaco  
.....

come prescritto dal certificato medico allegato alla presente.

**Autorizzano** il personale in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra ed **esonerano** il  
personale coinvolto da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti 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:

- 1) attesta le condizioni dell'alunno come dichiarate nella presente;
- 2) prescrive il farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la  
posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
- 3) dichiara che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di cognizioni  
specialistiche di tipo sanitario.

Data \_\_\_\_\_

Firme dei genitori

---

Oggetto: dichiarazione medica.

Il sottoscritto dott.....medico curante del  
minore .....  
nato/a a .....il.....

Iscritto alla Scuola.....

Dichiara che il minore è affetto da  
.....  
.....

E pertanto in caso "d'urgenza" e precisamente (descrivere brevemente i sintomi di una crisi):  
.....  
.....  
.....

è necessario che venga somministrato il farmaco salvavita  
.....  
.....

nella seguente posologia  
.....  
.....

con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione  
.....  
.....

**e che la somministrazione dei farmaci non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario o l'esercizio da parte dell'adulto di una discrezionalità di natura tecnica.**

Precisa le modalità di conservazione del farmaco:  
.....  
.....gli

eventuali effetti collaterali  
.....  
.....

L'eventuale necessità di chiamata del 118  
.....  
.....

Dichiara inoltre che la somministrazione di tale farmaco salvavita non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico e pertanto il personale scolastico e sociosanitario (OSS), presente al momento dell'urgenza, ha l'obbligo di somministrare il farmaco e che eventuali modifiche nella prescrizione, che dovessero rendersi necessarie in corso d'anno, verranno dichiarate per iscritto.

Data\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_

**ATTENZIONE:** il modulo va spedito tramite PEC al Direttore UOC DISNA –SISS Alta Padovana protocollo.aulss6@pecveneto.it