

Allegato A

Al Dirigente Scolastico
dell'IC " VANVITELLI" di Caserta

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a..... il.....residente a in via
n.in servizio presso la sede diin qualità di
.....essendo affetto da
e constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiede

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia,
venga somministrato in ambito e orario di servizio il farmaco salvavita
.....come da **allegata autorizzazione medica** rilasciata in
data ____/____/____ dal dott.

Il/la sottoscritto/a autorizza 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.Consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Numeri di telefono utili:

Familiare cell/abitazione
.....

Medico curantecell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

Acconse 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).

Firma
