



**FONDAZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA CARLO BIANCHI  
ASILO NIDO – SCUOLA DELL'INFANZIA**

Via Italia Libera 85 – GazzadaSchianno (VA) Tel. 0332-462200

C.F. 80005950128 P.I. 01365680121

e-mail: [smgazzada@libero.it](mailto:smgazzada@libero.it) - [www.fondazionecarlobianchi.edu.it](http://www.fondazionecarlobianchi.edu.it)

**Al Dirigente Scolastico  
FONDAZIONE CARLO BIANCHI  
GAZZADA SCHIANNO**

**OGGETTO:** richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti genitori di .....

nato a ..... il ..... residente a .....

in via..... n. ....

frequentante .....

essendo il minore affetto dalla seguente patologia.....

e constatata l'assoluta necessità, con la presente

**CHIEDONO**

che all/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Acconsentono 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).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori

.....  
.....



**FONDAZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA CARLO BIANCHI  
ASILO NIDO – SCUOLA DELL'INFANZIA**

Via Italia Libera 85 – GazzadaSchianno (VA) Tel. 0332-462200

C.F. 80005950128 P.I. 01365680121

e-mail: [smgazzada@libero.it](mailto:smgazzada@libero.it) - [www.fondazionecarlobianchi.edu.it](http://www.fondazionecarlobianchi.edu.it)

**Al Dirigente Scolastico  
FONDAZIONE CARLO BIANCHI  
GAZZADA SCHIANNO**

**OGGETTO:** indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) (a cura del *Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale*)

Il minore

Cognome .....Nome .....

Nato il..... a..... Residente a .....

In via/piazza ..... N. .... Città.....

affetto dalla seguente patologia:.....

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco.....

.....

Modalità di somministrazione .....

.....

Dose:.....

**Eventuali note:**

.....

.....

.....

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG**



**FONDAZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA CARLO BIANCHI  
ASILO NIDO – SCUOLA DELL'INFANZIA**

Via Italia Libera 85 – GazzadaSchianno (VA) Tel. 0332-462200

C.F. 80005950128 P.I. 01365680121

e-mail: [smgazzada@libero.it](mailto:smgazzada@libero.it) - [www.fondazionecarlobianchi.edu.it](http://www.fondazionecarlobianchi.edu.it)

**Numeri di telefono utili:**

Genitori .....cell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) .....  
cell/studio.....

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