

## Allegato A

I sottoscritti.....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.....

***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 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 la terapia farmacologica necessaria.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

### **Numeri di telefono utili:**

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

Pediatra di libera scelta/medico curante .....cell/studio.....

e-mail.....

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

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

Firma dei genitori

**padre** \_\_\_\_\_ **madre** \_\_\_\_\_ **tutore** \_\_\_\_\_