



PROVINCIA DI COMO

COMUNE DI  
FIGINO SERENZA

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

Alla c.a. dell'Ufficio Servizi alla Persona

**OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita**

I sottoscritti ..... genitori  
di ..... nato a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della Scuola Primaria/Secondaria, essendo il minore affetto dalla seguente  
patologia ..... e constatata l'assoluta necessità,  
con la presente

**chiedono che**

che al/alla proprio/a figlio/a siano somministrati durante l'orario di funzionamento del CRD, da parte del  
personale educativo, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza, attestata dal medico curante nel certificato  
allegato e secondo le indicazioni terapeutiche indicate dallo stesso ha indicato nel Piano terapeutico  
rilasciato in data ...../...../..... dal dottor .....

Si autorizza il Comune di Figino Serenza a divulgare le informazioni riguardanti la patologia del minore e  
l'utilizzo del farmaco salvavita all'interno dell'équipe educativa, al fine di essere tutti al corrente sul  
corretto utilizzo ed avere la capacità di utilizzarlo in caso di necessità.

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale del CRD, 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 nonché comunicare tempestivamente e  
documentare adeguatamente al Comune, 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.

***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 112.***



PROVINCIA DI COMO  
COMUNE DI  
FIGINO SERENZA  
AREA SERVIZI ALLA PERSONA

**E' obbligatorio allegare alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.**

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....