



MIUR

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI VOLPAGO DEL MONTELLO**

31040 Volpago Del Montello – Via F.M. Preti, 3 ☎ 0423 620203

E-Mail: [tvic81400n@istruzione.it](mailto:tvic81400n@istruzione.it) - Sito: [www.icvolpago.edu.it](http://www.icvolpago.edu.it)

Codice Fiscale e Partita Iva: 83005190265



ICDL  
Test  
Center

Volpago,

**Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. VOLPAGO del Montello**

**Oggetto: Richiesta somministrazione Farmaci Salvavita**

Il/la sottoscritto/a ..... genitore di .....  
frequentante la classe ..... della scuola .....

**chiede**

che, in caso di bisogno, vengano somministrati i farmaci salvavita al figlio/a in orario scolastico, da parte del personale scolastico autorizzato.

Allega il certificato medico rilasciato in ottemperanza all'accordo Ministero Istruzione – Ministero della Salute del 2005 nel quale sono indicati:

- tipologia di problema medico per il quale è necessario l'intervento immediato;
- medicinali da somministrare con modalità e tempistica di somministrazione, nonché luogo di conservazione.

Per la tutela del minore, essendo necessario somministrare in tempi rapidissimi il farmaco salvavita in caso di necessità, I genitori autorizzano il dirigente scolastico a condividere le informazioni sullo stato di salute del figlio/a con i docenti del consiglio di classe/team e con il personale incaricato.

Distinti saluti.

Firma di entrambi i genitori

.....

.....