

RICHIESTA PER INTERVENTI STRAORDINARI

Al Dirigente Scolastico di

I sottoscritti.....e.....
Genitori di..... frequentante a.s. la classe della
Scuola di.....

DICHIARANO

sulla base delle informazioni assunte dal medico Responsabile del Servizio di Diabetologia Pediatrica
.....che il/la proprio/a figlio/a..... affetto/a da
diabete tipo 1 necessita di una somministrazione a scuola del farmaco **GLUCAGONE** in caso di
ipoglicemia, come da certificato medico allegato del Dott

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale
scolastico : insegnanti e collaboratori/trici scolastici

Pertanto, sollevano

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal
farmaco stesso, gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione.

Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione considerato
che entrambi sono impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi

.....
Indicano comunque i propri recapiti telefonici, per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a
questo tipo di intervento :

.....
Allegano la documentazione medica specifica prodotta dal Dott contenente :

1. Diagnosi ; 2. Sintomatologia; 3. Intervento terapeutico da mettere in atto (nome del farmaco,
dosaggio e modalità di somministrazione).

Inoltre autorizzano il personale che opera nella scuola ad avere contatti con il medico curante per avere
ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare.

Firma dei genitori.....

Il Medico del Servizio Specialistico (Timbro e firma).....

Roma,.....