

**Spett.le**  
**AZIENDA SPECIALE SERVIZI**  
**INFANZIA E FAMIGLIA CHIMELLI**  
**P.zza Garbari, 5**  
**38057 PERGINE VALSUGANA**

## **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, genitore/legale  
rappresentante del minore \_\_\_\_\_, frequentante il  
servizio \_\_\_\_\_, chiede che

venga somministrato al/alla proprio/a figlio/a il seguente farmaco salva-vita  
\_\_\_\_\_, nei tempi e secondo le modalità  
riportate **nella certificazione medica allegata, che attesta in particolare che il farmaco in  
questione è da considerarsi salva-vita e che riporta in modo dettagliato tutto ciò che è  
necessario conoscere per una sua corretta somministrazione.**

Si impegna, altresì, ad informare tutto il personale interessato.

Dichiara, inoltre, di esonerare ASIF CHIMELLI ed il proprio personale da ogni e qualsiasi  
responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco sopraindicato.

Cordiali saluti.

Firma del genitore o di chi ne fa le veci\*

\_\_\_\_\_

Pergine Valsugana, \_\_\_\_\_

\* allegare copia documento d'identità in corso di validità qualora la firma non sia apposta in presenza del Personale  
ricevente la domanda.

Allegato: certificazione del medico curante