



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON MILANI-SALA"
 Via Della Stazione, 93- 88100 - Catanzaro - Tel. e Fax 0961/753118
 C.M. CZIC856002 – C.F. 97061290793
czic856002@istruzione.it - czic856002@pec.istruzione.it
[web:www.icdonmilanicz.gov.it](http://www.icdonmilanicz.gov.it)

Mod. 2

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno
 _____ data e luogo di nascita _____

classe _____ sez _____

DICHIARA

CHE L'ALUNNO _____ E' AFFETTO DA (patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

_____ pertanto in caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi

1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco

2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

_____ nome

commerciale farmaco _____ dose da somministrare _____

modalita' conservazione _____ effetti

collaterali _____

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi, vista l'urgenza della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco il più precocemente possibile, pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Possibilità di *auto somministrazione* del farmaco da parte dell'alunno (per età, esperienza, addestramento):

SI NO

Data, luogo _____

In Fede (timbro e firma)
