Allegato 2

# ISTITUTO COMPRENSIVO SELVAZZANO II

# Via Cesarotti 1/A, 35030

# C/O SEGRETERIA DIDATTICA

# OGGETTO: Dichiarazione medico curante

Il sottoscritto dott.

medico curante dell’alunno

 nato a il che frequenta la scuola classe sez.

# DICHIARA

che lo studente è affetto da

e pertanto necessita, in orario scolastico, della somministrazione del seguente farmaco

*(nome commerciale)*

* mediante auto-somministrazione da parte dello studente
* mediante somministrazione da parte del personale individuato in quanto lo studente non è in grado di provvedervi autonomamente.

nella seguente posologia

e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione

# INOLTRE DICHIARA

che in caso di urgenza i sintomi della crisi sono

che è necessario che venga somministrato allo studente il seguente farmaco

*(nome commerciale)*

nella seguente posologia

e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione

# INFINE DICHIARA

che il personale individuato somministra il farmaco in quanto lo stesso non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico.

Firma

Data