AL DIRIGENTE SCOLASTICO

AL PERSONALE DOCENTE

AI COLLABORATORI SCOLASTICI

OGGETTO: Dichiarazione medica

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico curante dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ a.s. 2021/22

**DICHIARA**

Che \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è affetto da:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pertanto in caso di necessità e/o urgenza e precisamente in presenza dei seguenti sintomi:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

È necessario che venga somministrato all’alunno/a il/i seguente farmaco/i:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nella seguente posologia ……………………………………………………………………………………………………………………………

Con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**DICHIARA**

Che la somministrazione di tale farmaco non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico e pertanto il personale scolastico, presente al momento dell’urgenza, ha l’obbligo di somministrare il farmaco pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Conservazione del farmaco:

Nome commerciale, dosaggio, confezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deve essere conservato in frigorifero SI () NO ()

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( Firma )

