



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG - Tel: 035 541223
CF 80029050160 - CM BGIC889004
e-mail : bgic889004@istruzione.it PEC: bgic889004@pec.istruzione.it -
Web: www.icvilla.edu.it



ALLEGATO 2

**Al Dirigente Scolastico
dell'IC di Villa d'Almè**

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.

Data _____

Firma _____