



**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](mailto:bgic889004@istruzione.it) PEC: [bgic889004@pec.istruzione.it](mailto:bgic889004@pec.istruzione.it) -  
Web: [www.icvilla.edu.it](http://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 \_\_\_\_\_