

Allegato 2

Al Dirigente Scolastico
Al Personale docente
Ai Collaboratori scolastici

Il sottoscritto, Dott. _____

Medico curante dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____, frequentante la

Scuola _____ Sez./Classe _____ Plesso di _____,

DICHIARA

che _____ è affetto da _____

_____ e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente

(descrivere brevemente i sintomi di una "crisi"): _____

è necessario che venga somministrato all'alunno/a il seguente farmaco: _____

_____ nella seguente posologia: _____

con le seguenti modalità e tempi _____

_____ con la seguente modalità di conservazione _____

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico, non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto; pertanto il personale scolastico, presente al momento dell'urgenza, può provvedere alla somministrazione del farmaco pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria. Pertanto non ritiene necessaria l'istruzione e la formazione del personale che dovrà somministrare il farmaco.

_____, li _____

(Firma)