

**DICHIARAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI AUTO SOMMINISTRAZIONE
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott _____, medico curante dell'alunno (nome e cognome) _____, nato a (luogo e data di nascita) _____, iscritto alla classe _____ sez. _____

DICHIARA

che l'alunno è affetto da (patologia presentata dall'alunno) _____, e che, in caso di bisogno, può procedere all'auto somministrazione del seguente farmaco, per la quale ha ricevuto un adeguato addestramento: _____

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale, tale da richiedere un intervento del personale scolastico individuato per il primo soccorso.

data e luogo _____

In Fede
(timbro e firma)
