

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)

Il Pediatra o MMG verificata la compatibilità in merito ad interventi sanitari/assunzione farmaci secondo le seguenti modalità operative:

.....
.....
.....

La somministrazione può essere effettuata da personale scolastico quindi non competente, senza problemi, con le modalità operative sopra specificate.

Per quanto riguarda la conservazione del farmaco:

Nome commerciale, dosaggio, confezione _____

Deve essere conservato in frigorifero SI () NO ()

viene collocato presso nel locale

Data consegna _____ con scadenza _____

L'Istituto può fare riferimento per qualsiasi chiarimento ai seguenti operatori:

Pediatra o MMG

.....

Il Pediatra o MMG

.....

Il Dirigente o il personale della scuola verificano la compatibilità in merito a:

modi (indicazioni operative fornite dal pediatra o MMG

.....

Organizzazione scolastica

.....

.....

.....

Il Dirigente Scolastico

Prof. Marco Campini

.....

Gli insegnanti

.....

.....

OSS

.....

Coll. scolastici

.....