
	<b>ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. MARCONI"</b> Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado – 84091 - Battipaglia (SA) -	
<b>Codice Fiscale:</b> 91050600658	<b>Sito internet:</b> <a href="http://www.icmarconibattipaglia.edu.it">www.icmarconibattipaglia.edu.it</a>	<b>Codice Meccanografico:</b> SAIC8AD009
<b>Ambito:</b> DR Campania - SA-26	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:saic8ad009@istruzione.it">saic8ad009@istruzione.it</a>	<b>Indirizzo:</b> Via Ionio Snc
<b>Telefono:</b> 0828 371200	<b>P.E.C.:</b> <a href="mailto:saic8ad009@pec.istruzione.it">saic8ad009@pec.istruzione.it</a>	<b>Codice Unico Ufficio:</b> UFCGWI

## MODULO 2\_ dichiarazione medico

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Autorizzazione e prescrizione per la somministrazione farmaco INDISPENSABILE/SALVAVITA (a cura del Pediatra di Libera Scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG))**

L'alunno/alunna:

Cognome ..... Nome ..... Nato il ..... a  
 ..... Residente a ..... in via/piazza  
 ..... n.civico .... affetto dalla seguente  
 patologia:.....  
 .....

necessita della somministrazione, in ambito e orario scolastico, da parte del **personale non sanitario**, del seguente

☐ **FARMACO SALVAVITA**

☐ **FARMACO INDISPENSABILE**

### Per farmaco SALVAVITA (da usare in caso di emergenza)

Nome commerciale del farmaco: .....

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco:

.....  
 .....

Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

.....  
 .....

Dose di somministrazione del farmaco:

.....  
 .....

Modalità di somministrazione del farmaco:

.....  
 .....

Modalità di conservazione del farmaco: ..... .....
Note: ..... .....

<b>Per farmaco INDISPENSABILE (da assumere regolarmente)</b>
Nome commerciale del farmaco: ..... .....
Dose di somministrazione del farmaco: ..... .....
Modalità di somministrazione del farmaco: ..... .....
Modalità di conservazione del farmaco: ..... .....
Note: ..... .....

**Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell’alunno/a (per età, esperienza, addestramento):** ☐ SI ☐ NO

☐ Si certifica che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni o perizie tecniche specialistiche di tipo sanitario e può essere effettuata da personale non sanitario.

☐ Si certifica che il farmaco può essere portato al di fuori dell’edificio scolastico in caso di uscite didattiche, visite e viaggi di istruzione

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del PLS/MMG

\_\_\_\_\_