



REGIONE SICILIANA



REPUBBLICA ITALIANA
Istituto comprensivo "Giovanni Paolo II"
Vico Angelo Majorana, n. 3
95030 GRAVINA DI CATANIA
Cod. Fisc: 93229050872



C.M: CTIC8BA00A
☎ 0957446009 ☎ 095420034
✉ ctic8ba00a@istruzione.it
✉ ctic8ba00a@pec.istruzione.it
🌐 www.icgiovannipaolo2gravinact.edu.it

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI
SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dr. _____ medico curante dell'alunno/a
nome e cognome _____ data _____ luogo di
nascita _____ classe _____ sez. _____

DICHIARA

Che l'alunno/a è affetto da _____ pertanto in
caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi:

1. Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco:

2. Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto :

Nome commerciale del farmaco: _____

Dose da somministrare _____ Modalità di conservazione
_____.

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi, vista l'urgenza della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco il più precocemente possibile, pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Gravina di Catania,

firma