



*Il Ministro dell'Istruzione e Merito*



MOD. 006\_2025

## ALLEGATO C

### CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI AUTO- SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ medico curante dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ clas. e sez. \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

Che l'alunno è affetto/a da patologia che richiede la somministrazione in orario scolastico del seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

Effetti collaterali da segnalare alla scuola \_\_\_\_\_

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza, addestramento):

- ☐ SI
- ☐ NO

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno secondo le dosi e le scadenze programmate di seguito indicate:

(oppure)

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno con urgenza nel caso di insorgenza dei seguenti sintomi:

- 1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco
- 2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

Data ..... In fede Firma e timbro del Medico