



Unione Europea



Istituto Comprensivo "Telesio"



MINISTERO  
DELL'ISTRUZIONE  
UNIVERSITÀ  
E SCIENZE

## ISTITUTO COMPrensIVO "B. TELESIO"

Via Modena S. Sperato, n. 1 - 89133 Reggio Calabria

Codice Meccanografico: RCIC84200V - Tel.0965/685016 – Fax 0965/672118

Plessi: Scuola dell'Infanzia Modena – Ciccarello – S. Giorgio

Scuola Primaria: B.Telesio - Ciraolo

Scuola Secondaria di I grado E. Montalbetti

Sito web: [www.ictelesiomontalbettirc.gov.it](http://www.ictelesiomontalbettirc.gov.it)

ALLEGATO B)

Al Dirigente Scolastico  
I.C. B. TELESIO  
REGGIO CALABRIA

### CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE PEDIATRA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto dott. .... medico curante

dell'alunno/a ..... nato/a a .....

il ....., iscritto alla scuola ..... Plesso.....

classe.....sez. ....

#### DICHIARA

che l'alunno/a è affetto da.....

.....

e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente (descrivere brevemente i sintomi di una "crisi"):

.....

.....

.....

.....

necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del

seguente farmaco salvavita (*nome commerciale e nome generico o principio attivo*)

.....

.....

.....

nella seguente posologia .....

.....

e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione .....

.....

.....

Modalità di conservazione del farmaco

.....

Indicazioni in ordine allo svolgimento di attività fisica ovvero in occasione di uscite didattiche, visite e/o gite scolastica:

---

---

---

---

---

**Note:** *(indicare eventuale possibilità di tenuta del farmaco da parte dell'alunno/a e uso autonomo solo per la scuola secondaria).....*

Si dichiara, altresì, che la somministrazione di tale farmaco non richiede competenze specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica e che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato. Pertanto il personale scolastico, presente e preparato al momento dell'urgenza, può somministrare il farmaco, pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

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

TIMBRO E FIRMA

DEL PEDIATRA O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE