



Ministero dell'Istruzione e del Merito
DIREZIONE DIDATTICA STATALE - "ARISTIDE GABELLI"

Via Eugenio L'Emiro, 30 - Codice Fiscale: **80013320827** - Codice Meccanografico: **PAEE019001**

Telefono Direzione: 091/214069 – 091/6524086 - – 90135 – **PALERMO**

Sito web: www.ddgabelli.edu.it – E-mail: pae019001@istruzione.it – pae019001@pec.istruzione.it

Prot. segnatura digitale

Modulo 02 – Dichiarazione Medico -

Alla Dirigente Scolastica della
 DDS A. Gabelli

Il minore (Cognome) _____ (Nome) _____

nato il _____ a _____ residente a _____

Necessita

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**
- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

modalità di somministrazione (orari, dose normale e massima, via di somministrazione)

durata della terapia _____

(Indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

È prevista l'autosomministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per

Data, ____/____/____

timbro e firma del medico
