

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto
.....

**CERTIFICAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA E
PRESCRIZIONE DELL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Alunno/a
nato a il
residente in via
Comune Prov

essendo affetto dalla seguente patologia:

.....

si prescrive l'auto somministrazione dei seguenti farmaci in ambito ed in orario scolastico:

.....

.....

.....

Si dichiara che per l'auto somministrazione dei farmaci a scuola non occorre la presenza di un operatore sanitario.

Data

Firma e timbro del Medico