



**ISTITUTO COMPrensIVO SILIQUA**  
Via E.Fermi n° 12 — 09010 Siliqua C.F: 92105870924  
☎ 0781/73863 ☎ 0781/73799 - 0781/779007  
e-mail: [caic816006@istruzione.it](mailto:caic816006@istruzione.it) PEC: [caic816006@pec.istruzione.it](mailto:caic816006@pec.istruzione.it)  
[www.comprensivosiliqua.it](http://www.comprensivosiliqua.it)

### Dichiarazione del medico curante

Il minore (Cognome) ..... (Nome) .....

nato il.....residente a ..... in Via .....

#### 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, via di somministrazione)

.....  
.....

durata della terapia .....

*(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)*

.....  
.....  
.....

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

Data, .....

timbro e firma del medico