

**ISTITUTO di ISTRUZIONE SUPERIORE
L. LUZZATTI**

Il sottoscritto _____ genitore dello
studente: _____ data di nascita _____

DICHIARA

- che il/la proprio/a figlio/a NECESSITA DI SOMMINISTRAZIONE DI UN FARMACO IN AMBITO SCOLASTICO:

SI

NO

Motivazione:

- CRISI COMPULSIVE
- SHOCK ANAFILATTICO
- DIABETE GIOVANILE
- ASMA BRONCHIALE
- ALTRO _____

- LO STUDENTE RICHIEDE L'AUTOSOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:

SI

NO

SE SI, E' RICHIESTA LA PRESENTAZIONE DI OPPORTUNA CERTIFICAZIONE
MEDICA, CHE DEVE ESSERE ALLEGATA ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE

Data, _____

Firma del genitore