

Allegato 2

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
DI " SAN MARTINO SICCOMARIO "

Il minorenato il
residente a..... e frequentante codesto Istituto scolastico
è affetto da: Pertanto: 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 del farmaco sono le seguenti:

- Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo
- Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

È prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno

SI NO

Data,

Timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza