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
Diamante

Il minore

nato ilresidente 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**

Diamante,

timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza