

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