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
"Salvatore Quasimodo"
AGRIGENTO

Il minore ….....

nato 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