

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  
IC DEL PRETE - CASSOLNOVO

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