

Allegato 2

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico (da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)

Al Dirigente Scolastico
dell'IC "G. D. Romagnosi"
Carate Brianza

Il minore.....nato
a....., il....., residente a.....,
via.....e frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da:

.....

Pertanto, necessita della

- somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- 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: