



Allegato 2: Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione o autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. RAFFAELLO, Roma

Il minore _____ nato/a a _____
(....) il _____ residente a _____ 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)

E' prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno:

☐ SI

☐ NO

Recapito in caso di emergenza _____

Data _____

timbro e firma del Medico