

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  
"Leonardo Sciascia"  
**RACALMUTO (AG)**

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**