

Allegato 2

Attestazione del medico curante relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Si prega di compilare in modo chiaro e leggibile

Al Dirigente Scolastico
Dell'ITS "L. Sturzo"
Castellammare di Stabia

Il minore nato il.....
residente a..... via.....,
frequentante la classe..... sez..... di codesto Istituto scolastico è affetto da:
.....

Pertanto

Si attesta **la necessità** di somministrazione di farmaci in orario scolastico mediante (**sbarrare la modalità prevista**):

- Autosomministrazione** da parte dell'alunno
- Somministrazione da parte del personale scolastico (senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica)**

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

- Nome commerciale del farmaco e principio attivo:

.....

- Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, precauzioni, ecc):

.....
.....
.....

- Nel caso di somministrazione del farmaco solo in presenza di una particolare sintomatologia, descrivere dettagliatamente i sintomi:

.....
.....
.....

- Modalità di conservazione del farmaco:

.....

- Durata della terapia (fino a diversa comunicazione):

.....

Data,

timbro e firma del medico
