

**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  
Poggiali Spizzichino- Roma

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

.....  
.....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

.....  
.....

- Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

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

- Modalità di conservazione del farmaco

.....

- Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

.....

- Possibili effetti collaterali ed interventi necessari per affrontarli

.....  
.....

È prevista l'**autosomministrazione** del farmaco indicato da parte dell'alunno **SI**

**NO**

**Data, .....**

**timbro e firma del medico**

**Recapito in caso di emergenza**