**Allegato 2**

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

Al Dirigente Scolastico dell'ITIS “ Conte Milano”

Polistena (RC)

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