

ALLEGATO 2 (di cui al protocollo prot. n. 8220/U del 13/09/2024)

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

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. VERGA
PONTINIA

Il sottoscritto medico curante dell'allievo....., nato a
....., il, residente a e frequentante codestolstituto scolastico è affetto da:
.....

Pertanto:

Necessita

☐ **La somministrazione di farmaci salvavita in ambito scolastico**

In caso di

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo

.....
.....

Modalità di somministrazione (orari, posologia, modalità e tempi di somministrazione)

.....
.....

Modalità di conservazione del farmaco

..... Durata della
terapia (fino a diversa comunicazione)

.....

- La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale autorizzato.

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

SI ☐ NO ☐

Data,

timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza.....

Gentile Dottore/Dottoressa, Desideriamo informarLa che i dati contenuti nella presente certificazione saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento

dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.