**Allegato2**

Attestazionedel medicocuranteoaltropersonalesanitariorelativaalla somministrazione/autosomministrazionedifarmaciinorarioscolastico

**AlDirigenteScolastico**

**I.C. Carolei-Dipignano “Valentini”**

Ilminore…..............................................................................................................................

natoil…............................residentea....................................................................................

efrequentantecodestoIstitutoscolasticoèaffettoda:

…………………………………………………………………………………………………………

Pertanto:

# Necessita

* **Lasomministrazionedifarmaciinambitoscolastico**

# LadefinizionediunpianodiassistenzadapartedelDistretto sociosanitario

Leindicazioniperlasomministrazione delfarmacosonoleseguenti:

* Nomecommercialedel/ifarmaco/ieprincipioattivo

………………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………

* Modalitàdisomministrazione(orari,dose,viadisomministrazione)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

* Modalitàdiconservazionedelfarmaco

…………………………………………………………………………………………………

* Duratadellaterapia(finoadiversacomunicazione)

…………………………………………………………………………………………………

Èprevistal’**autosomministrazione**delfarmacoindicatodapartedell’alunno**SI□ NO□**

# Data,…………….. timbro e firma del medicoRecapitoincasodiemergenza