Al Dirigente Scolastico

Dell’I.C. n.3 “G. Lombardo Radice”

Patti (ME)

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

Il sottoscritto ………………………….. medico curante dell’allievo

...................................., nato a ……………………….., il …………………, residente a.................................................................................... e frequentante codesto Istituto scolastico, dichiara che il il/la suddetto/a alunno/a è affetto/a da: …………………………………………………………………………………………………………

Pertanto necessita:

d assumerei farmaci, in ambito scolastico in presenza dei seguenti sintomi:

……………………………

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco in questione 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)………………………………………………………

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

SI □

NO □

Nel caso di autosomministrazione, si attesta che il/la succitato/a alunno/a, per età, esperienza, addestramento è autonomo nella gestione del problema salute ed è in grado di provvedere all’autosomministrazione del farmaco sopra indicato.

Data, …………….. timbro e firma del medico

 Recapito in caso di emergenza…………………………………………………….