

## Allegato 2

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

Al Dirigente Scolastico  
dell'ISS  
Basile Caramia Gigante  
Locorotondo-Alberobello

Il sottoscritto ..... medico curante dell'allievo....., nato a .....  
....., il .....  
a..... e frequentante codesto Istituto 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)
.....		

**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.*