

Allegato 2

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

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

Il sottoscritto medico curante dell'allievo.....,
nato a....., il....., residente 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.