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.*