

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/auto-somministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
Circolo Didattico Barano d'Ischia
Via Vittorio Emanuele III, 80
Barano d'Ischia (NA)

Il minore
nato ilresidente a.....
e frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da:

.....

Pertanto necessita la somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

- Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo

.....

- Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....

.....

- Modalità di conservazione del farmaco

.....

- Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

.....

È prevista l'auto-somministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno

SI NO

Data,

timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza
