

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

Al Dirigente Scolastico
dell'IIS Ciuffeli-Einaudi

Todi

Il minore
nato ilresidente a.....

e frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da:

.....

Pertanto:

Necessita

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

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'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno SI

Data,

Recapito in caso di emergenza SI.....

NO

timbro e firma