

Allegato 2

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

Al Dirigente Scolastico

Il minore

Nato ail residente

a e frequentante I.C. Leonado Da Vinci di Castel

di Iudica è affetto da:.....

.....

Pertanto:

Necessita

☐ **L'assistenza infermieristica personalizzata in ambito scolastico**

☐ **La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

Le indicazioni per all'assistenza infermieristica personalizzata 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** ☐ **NO** ☐

Data,

timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza