

**ISTITUTO COMPRENSIVO
"LUIGI DENZA – C.MARE 4"**

80053 C/Mare di Stabia (NA) – Traversa Fondo d'Orto

Allegato 2

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

Al Dirigente Scolastico dell'IC "Denza-C.Mare 4"
di Castellammare di Stabia

L'alunno/a
nato/a il.....residente e frequentante
codesto Istituto
scolastico è affetto da:

.....
.....

Pertanto:

Necessita

La somministrazione di farmaci 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, 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