**Allegato 2**

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

Al DIRIGENTE SCOLASTICO

**DELL'ISTITUTO ITET "L.SCIASCIA"**

**AGRIGENTO**

Il minore ….................................................................................................................. ............ nato il …............................residente ................................................................

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 □ NO □**

**Data, …………….. timbro e firma del medico**

 **Recapito in caso di emergenza**