|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **ISTITUTO COMPRENSIVO**  **“GIAN TESEO CASOPERO”** |  |
| **SCUOLA DELL’INFANZIA – PRIMARIA- SECONDARIA I GRADO Via Pirainetto s.n.c. 88811 - Cirò Marina (KR)**  **Tel./Fax 0962.614441 - Cod. Fisc.: 91021410799**  **E-mail:** [**Kric82400D@istruzione.it**](mailto:Kric82400D@istruzione.it) **- PEC:** [**kric82400d@pec.istruzione.it**](mailto:kric82400d@pec.istruzione.it)  **www.ic2casopero.edu.it** | |

**Allegato 2**

**Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla**

**somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico**

**Al Dirigente Scolastico**

**I.C. “G.T.CASOPERO”**

**CIRO’ MARINA ( KR)**

Il minore …..............................................................nato il …............................residente 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 □ NO □**

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

**Recapito in caso di emergenza**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**