

Allegato 2 Attestazione del medico curante relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Calasanzio
Milano

Il sottoscritto medico curante dell'allievo....., nato a,
il, residente a..... e frequentante codesto
Istituto scolastico è affetto da:

Pertanto:

Necessita

La somministrazione di farmaci salvavita 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, posologia, modalità e tempi 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.....

Gentile Dottore/Dottoressa, Desideriamo informarla che i dati contenuti nella presente certificazione saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.