**Allegato 2**

**Attestazione del medico curante relativa alla somministrazione/auto-somministrazione di farmaci in orario scolastico**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’I.C.A.Moro di Maddaloni**

L’alunno/a …..........................................................................................................................

nato/a il residente

a e frequentante la classe/ sezione…… della Scuola …………………………………..dell’ Istituto Comprensivo Statale A.Moro di Maddaloni

 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’**auto-somministrazione** del farmaco indicato da parte dell’alunno

# SI □ NO □

**Data, ……………..**

# timbro e firma del medico

**Recapito in caso di emergenza**