

Allegato 2

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

Al Dirigente Scolastico

dell'ISS CERLETTI

Conegliano

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.