



Allegato 2

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

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C di Cantù 2

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 ☐

Cantù, _____

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.