



**Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo "Primo Levi"**

Via Palaverta, 69 – 00047 MARINO – Loc. Frattocchie (RM)
Tel./Fax 0693540044 - C. F. 90049500581 – C.U: UF5D2G
RMIC8A7009 – Distretto 40 – Ambito XV
Email: rmic8a7009@istruzione.it -
rmic8a7009@pec.istruzione.it
Sito web: <https://comprensivoprimelevi.edu.it>



Al Dirigente Scolastico
dell'IC "Primo Levi" di Marino

Allegato 2

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.

Il minore nato il
residente a..... e frequentante codesto Istituto scolastico è affetto
da: Pertanto:

Necessita

Somministrazione di farmaci in ambito scolastico

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