



**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](mailto:rmic8a7009@istruzione.it) -  
[rmic8a7009@pec.istruzione.it](mailto: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