

**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**