



MIM

Ministero dell'Istruzione
e del Merito

**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

Istituto Comprensivo "VIA DELLE CARINE"

Via delle Carine, 2 – 00184 Roma – Tel. 06/4743873 Fax 06/47886868
Cod. Mec. RMIC8D6009 - Distretto Scolastico IX - Cod. Fisc. 97713340582
<http://www.istitutoviadellecantine.edu.it>
email: rmic8d6009@istruzione.it – PEC: rmic8d6009@pec.istruzione.it

ALLEGATO 2

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

Alla Dirigente Scolastica dell'IC. VIA DELLE CARINE, ROMA

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)

La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale autorizzato.

È prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte

SÌ	NO
☐	☐

Data _____

Firma e timbro 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.