

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

Il sottoscritto _____, medico curante dell'alunno/a _____.
nato/a a _____ (____), il _____, residente a
_____, 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 da parte dell'alunno/a:

- ☐ SI
- ☐ NO

Timbro e firma del Medico _____

Recapito in 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.