Al Dirigente Scolastico IC 'Felice Fatati'
Via delle terre arnolfe, 10
TERNI
tric81800q@istruzione.it

ATTESTAZIONE DEL MEDICO CURANTE OD ALTRO PERSONALE SANITARIO RELATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Terni, lì ___/___/___

Il minore _____ nato il ___/___/___, residente a _____ e frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da _____.
Pertanto

N E C E S S I T A

☐ la somministrazione di farmaci specifici in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione del/i farmaco/i sono le seguenti:

- nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo
  _____
  _____;
- modalità di somministrazione del/i farmaco/i (orari, dosaggio, via di somministrazione)
  _____
  _____;
- modalità di conservazione del/i farmaco/i
  _____
  _____;
- durata della terapia
  _____
  _____.

È prevista l'autosomministrazione del/i farmaco/i
☐ sì
☐ no

TIMBRO E FIRMA DEL SANITARIO ROGANTE
_____