**ALLEGATO 2**

***Modulo di attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa all'esigenza di somministrazione/ autosomministrazione***

***di farmaci in orario scolastico***

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Trichiana

Il sottoscritto ...................................................................................................................

in qualità di ..................................................... iscritto all'Ordine ...................................

…………………………………………………………………………..................... n …....................

**DICHIARA**

che il minore ........................................................................... nato il ............................. a ............................................. residente a ………………………………................................ e frequentante nell'anno scolastico 2019-20 codesto Istituto scolastico è affetto da:

…………………………………………………………………………………………………………………..

Pertanto, necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

Inoltre **dichiara** , secondo quanto previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto del 04/01/2019 che:

* la somministrazione del farmaco non richiede la presenza di un operatore sanitario;
* la somministrazione del farmaco non richiede l’esercizio di alcuna discrezionalità tecnica da parte degli operatori scolastici, né il possesso di cognizioni di tipo 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

Disponibilità a fare formazione/informazione al personale scolastico:

🞏 SI

🞏 NO

Recapito in caso di emergenza: ........................................................................................

Data, ............................... Firma del medico …………..………………………………….