

**ALLEGATO 2 – a cura del Medico curante**

Il minore ..... Nato a ..... il .....  
residente in ..... alla via .....

**necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Le indicazioni per la somministrazione, da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica del/dei farmaco/i sono le seguenti:

**nome commerciale del/i farmaco/i**

.....

**Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)**

.....

.....

.....

**Durata della terapia .....**

*(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)*

.....

.....

**Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso**

.....

**Data.....**

**Timbro e firma del medico**