

(FAC SIMILE) CERTIFICATO MEDICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Lo studente minorenni (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

 Patologia cronica Patologia acuta**CONSEGUENTEMENTE E' PREVISTA** L'auto-somministrazione dei farmaci indicati da parte dello studente stesso La somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore o suo delegato a scuola La somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici non specialisti**ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DI SOMMINISTRAZIONE**Nome commerciale del/i farmaco/i:
_____Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione):
_____Durata della terapia (massimo 1 anno scolastico)
_____Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita" (*descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità*)
_____Modalità di conservazione:
_____E' indispensabile la conservazione in frigorifero **SI** **NO**

Data _____

Timbro e firma del Medico