

Mod.2

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno
nome e cognome _____ nato a _____
il _____ iscritto alla Scuola _____
classe _____ sez. _____ Plesso _____

DICHIARA

Che l'alunno è affetto da _____
(patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

Nome commerciale farmaco _____

Presentazione del farmaco _____

Dose non discrezionale da somministrare _____

Modalità conservazione _____

Pertanto, solo in caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi

è richiesta la somministrazione **indispensabile** del farmaco seguendo dettagliatamente le seguenti indicazioni dell'intervento terapeutico da attuare:

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi, vista l'urgenza della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco il più precocemente possibile, pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria e che verrà data tempestiva comunicazione della necessità di interruzione della terapia.

_____ li _____

In Fede
(timbro e firma)
