

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

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno

nome e cognome _____

data e luogo di nascita _____ classe _____ sez. _____

DICHIARA

CHE L'ALUNNO _____ E' AFFETTO DA (patologia presentata
dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

pertanto in caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi

- 1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco

- 2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

nome commerciale farmaco _____

dose da somministrare _____ modalita' conservazione _____

effetti collaterali _____

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.

Possibilità di *auto somministrazione* del farmaco da parte dell'alunno (per età, esperienza, addestramento): **SI** **NO**

data, luogo _____

In Fede
(timbro e firma)
