

**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 (luogo e data di nascita) _____, iscritto alla classe _____ sez. _____

DICHIARA

CHE L'ALUNNO È 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 (Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco)

Va messo in atto il seguente intervento terapeutico (Descrizione dettagliata dell'intervento):

nome commerciale farmaco _____

dose da somministrare _____

modalità di conservazione _____

eventuali effetti collaterali _____

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e pertanto il personale scolastico individuato 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 e luogo _____

In Fede
(timbro e firma)
