

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

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno/a _____ Data e
luogo di nascita _____ classe _____ sez _____

DICHIARA

Che l'alunno è affetto/a da patologia che richiede la somministrazione in orario scolastico del seguente
farmaco:

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di conservazione _____

Effetti collaterali _____

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza,
addestramento):

- ☐ SI
- ☐ NO

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno secondo le dosi e le scadenze programmate di
seguito indicate:

(oppure)

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno con urgenza nel caso di insorgenza dei seguenti
sintomi:

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

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

DICHIARA INOLTRE

Che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di
discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in
cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministra-
zione e di conservazione del farmaco; pertanto, il personale scolastico nominato può procedere alla sommini-
strazione pur in assenza di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data, luogo _____

Firma
