

Allegato 1

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dello studente/essa

_____ nato/a a _____, in
data ____/____/____ residente in _____ Codice
Fiscale _____

Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a studente/essa della
somministrazione del _____ farmaco
_____, con riferimento ai
tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il
Piano Terapeutico allegato;

Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in
quanto trattasi di farmaco: ☐ salvavita oppure ☐ indispensabile;

Considerato 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 somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il
Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente
disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove
richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art.
2 DGRT 653/2015).

Si rilascia al: ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo
studente/essa (oppure) ☐ studente/essa di cui sopra su sua richiesta.

_____ (____), ____/____/____

In fede
Timbro e Firma del Medico