

 Ministero dell'Istruzione dell'Università e Ricerca	Istituto Comprensivo Santa Margherita Ligure Via Liuzzi, 4 - 16038 - S. Margherita Ligure (GE) - 0185295753 www.icsantamargheritaligure.edu.it geic80600l@istruzione.it geic80600l@pec.istruzione.it	
---	---	---

**ATTESTAZIONE di MEDICO/STRUTTURA SANITARIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI
FARMACI INDISPENSABILI IN AMBITO SCOLASTICO**

L'alunna/o (Cognome) _____ (Nome) _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Residente in _____ Telefono _____

Scuola _____ Classe e Sezione _____

Necessita della terapia nei locali e in orario scolastico secondo il Piano Terapeutico allegato, considerando che la somministrazione non richiede il possesso di competenze specialistiche sanitarie e 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.

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico (o struttura accreditata)

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data ____/____/____

Timbro e firma del dirigente scolastico