



ISTITUTO COMPRENSIVO DI ZERO BRANCO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

Via IV Novembre, 22 - 31059 Zero Branco (TV)

Tel 0422 97056 - 0422 485304 - CF 80011140268

www.iczerobranco.edu.it tvic83500p@istruzione.it tvic83500p@pec.istruzione.it



Modulo 02

(modello che può utilizzare il medico)

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ nome _____

Data di nascita _____ residente a _____

In via _____.

Frequentante nell'a.s. _____ l'Istituto _____
presso _____ classe _____ sezione _____

Affetto/a da

NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL PERSONALE NON SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO SALVAVITA

in caso di urgenza dovuta a

che si manifesta con la seguente sintomatologia



ISTITUTO COMPRENSIVO DI ZERO BRANCO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

Via IV Novembre, 22 - 31059 Zero Branco (TV)

Tel 0422 97056 - 0422 485304 - CF 80011140268

www.iczerobranco.edu.it tvic83500p@istruzione.it tvic83500p@pec.istruzione.it



Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione

Dosaggio

Modalità di conservazione del farmaco

Note: (indicare eventuale possibilità di tenuta del farmaco da parte dell'alunno/a e uso autonomo)

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato.

Data _____

TIMBRO E FIRMA

DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE