

## MODULO DI CERTIFICAZIONE

### Certificazione Medica per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo VAL TAGLIAMENTO

Località.....Provincia..... constatata la assoluta necessità

#### SI CERTIFICA

la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome .....

data e luogo di nascita.....

residente a .....in Via.....tel.....

Nome del farmaco .....

Durata della terapia: dal .....al .....

Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina.....dose...../ Pasto.....dose...../ Pomeriggio.....dose.....

Modalità di somministrazione .....

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

Note

Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta): Sì  No

Modalità di conservazione .....

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

Note

B) Nome del farmaco salvavita .....

Modalità di somministrazione .....

.....  
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....  
Modalità di conservazione .....

.....  
Note

.....  
.....

Data ..... Medico (Timbro e Firma)