

Mod. 2 - CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto Dott./ssa _____ medico curante dell'alunno nome e cognome _____ data e luogo di nascita _____ classe _____ sez _____

DICHIARA CHE

L'ALUNNO _____ E'AFFETTO DA (patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la _____ somministrazione del _____ farmaco) _____.

Pertanto in caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi:

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

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

Nome commerciale farmaco: : _____.

Modalità di conservazione: _____.

Modalità e tempi di somministrazione: _____.

Posologia _____.

Effetti collaterali _____.

DICHIARA INOLTRE CHE

La somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi, vista l'urgenza della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco il più precocemente possibile, pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno (per età, esperienza, addestramento): **SI'** **NO**

Data e Luogo

In Fede (timbro e firma)