

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno

nome e cognome _____

data e luogo di nascita _____ classe _____ sez. _____

DICHIARA

CHE L'ALUNNO _____ È AFFETTO DA

- patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco*
- patologia presentata per cui viene dichiarata l'**auto somministrazione** del farmaco da parte dell'alunno (per età, esperienza, addestramento):

*(compilare solo se il genitore chiede la somministrazione)

pertanto in caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi

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

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

3) _____

4) _____

nome commerciale farmaco _____

dose da somministrare _____ modalità conservazione _____

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.

data, luogo _____

In Fede
(timbro e firma)
