

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 _____ 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 _____

dose da somministrare _____ modalita' 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.

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno (per età, esperienza, addestramento):

SI NO

Esperia, _____

In Fede (timbro e firma)