

CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno/a..... nato/a il per motivi di salute qualora si presentino i seguenti sintomi (indicare dettagliatamente):

.....

.....

.....

nel seguente orario necessita della somministrazione in ambito ed orario scolastico del farmaco alla dose con le seguenti modalità.....
.....per il periodo

In ragione della maturità dell'alunno e della sua consolidata esperienza,

- ☐ si dichiara che è consentita l'auto-somministrazione del farmaco di cui sopra.
- ☐ si dichiara che non è possibile ricorrere all'auto-somministrazione del farmaco di cui sopra.

Il farmaco deve essere conservato in luogo sicuro, secondo le indicazioni riportate nella confezione o nel foglietto illustrativo.

La somministrazione è indispensabile per la cura della malattia da cui lo studente è affetto e l'impossibilità della sua somministrazione ne impedirebbe la frequenza in comunità.

Si rilascia al genitore di su propria richiesta.

In fede

Timbro e firma del medico

Il nome commerciale del farmaco, le modalità di somministrazione, il dosaggio, la durata della terapia, nonché il farmaco stesso devono essere prodotte contestualmente al certificato per la somministrazione.