

Logo AUSL Servizio di

MODULO DI CERTIFICAZIONE

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

Al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località.....Provincia.....

Constatata la assoluta necessita 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 ain Via.....tel.....

A) Nome del farmaco

Durata della terapia: dalal

Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

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

Modalità di somministrazione

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

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 AUSL (Timbro e Firma)