

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 a .....in Via.....tel.....

A) Nome del farmaco .....

Durata della terapia: dal .....al .....

☐ 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)