(Allegato 3- Certificazione)

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)