**MODULO DI CERTIFICAZIONE**

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

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo VAL TAGLIAMENTO

Località……………………………………….Provincia………………… constatata la assoluta necessità

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………………………

Nome del farmaco ………………………………………………………………………………………………………………………..

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

□ Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

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

Modalità di somministrazione …………………………………………………………………….....................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica.

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 ……………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica.

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 (Timbro e Firma)