

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. _____

Contatto: _____

in qualità di

- ☐ Specialista in _____
- ☐ Pediatra
- ☐ Medico di Medicina Generale

**prescrive la somministrazione da parte di personale non sanitario in ambito ed in orario
scolastico all'alunno/alunna**

Cognome e Nome: _____

Nato il ____ / ____ / ____ Codice fiscale _____

residente a _____ in Via _____

DICHIARA

Che l'alunno è affetto/a da patologia che richiede la somministrazione in orario scolastico del
seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di conservazione _____

Effetti collaterali _____

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza,
addestramento):

- ☐ SI
- ☐ NO

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno secondo le dosi e le scadenze
programmate di seguito indicate:

(oppure)

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno con urgenza nel caso di insorgenza dei
seguenti sintomi:

- 1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco

2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

DICHIARA INOLTRE

Che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco; pertanto, il personale scolastico nominato può procedere alla somministrazione pur in assenza di competenze specifiche in materia sanitaria.

In tutti i casi in cui si ravvisi un carattere di Emergenza/Urgenza è comunque indispensabile comporre il numero unico dell'emergenza 112.

Data, luogo _____

firma
