

**Allegato
B**

CERTIFICAZIONE MEDICA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Si certifica che l'alunno/a

Cognome _____ nome _____ data di nascita _____

Residente a _____ in via _____ Telefono _____

Frequentante la scuola _____ classe _____

Affetto/a da _____

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO
DA PARTE DEL PERSONALE OPERANTE NELLA SCUOLA DEL SEGUENTE
FARMACO**

Nome commerciale _____

Modalità di somministrazione _____ dosaggio _____

durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico ____ / ____) dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

o In caso di urgenza dovuta a _____

che si manifesta con la seguente sintomatologia _____

o Quotidianamente ai seguenti orari _____

Note _____

**Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario,
opportunamente informato.**

Data _____

TIMBRO E FIRMA
DEL MEDICO
DI MEDICINA GENERALE O
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA