Allegato 2

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

Il sottoscritto Dott._____ medico curante dell'alunno/a _____

Data e luogo di nascita _____ classe_____ sez. _____

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:
   _____
   _____
   _____
   _____

Data, luogo_____

Firma

_____