Al Dirigente Scolastico

I.I.S. "Rocco Scotellaro"

San Giorgio a Cremano (NA)

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

Constatata l'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 ……..

A) Nome del farmaco: …….

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

- Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina.....dose...../ Pasto..,.....dose *I*

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 (Timbro e Firma)

_____