

Facsimile certificato medico per la somministrazione di farmaci in ambito ed orario scolastico.

Si certifica che nat... il/...../.....
(cognome e nome)

a (.....) residente a

in via/piazza n. è affett... dalla seguente patologia:

.....e, pertanto,

- necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte di personale non sanitario,
- il/la minore, sorvegliato/a dal personale della scuola, può provvedere all'autosomministrazione

del seguente/dei seguenti farmaco/farmaci salvavita/indispensabile/indispensabili:

nome commerciale del farmaco/dei farmaci.....

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....
.....

Durata della terapia

.....

Modalità di conservazione del farmaco

.....

In caso di urgenza/emergenza, (Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

.....
.....

Eventuali note:

.....

Luogo e data

Timbro e firma del PLS /MMG

.....

