ALL.N.3 MODULO DI CERTIFICAZIONE MEDICA

Per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DEL POLO TECNICO PROFESSIONALE RIGHI-BOCCIONI FERMI

Constatata l'assoluta necessita

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……../
Pomeriggio……dose……. Modalità di somministrazione
……..……
Note……

☐ **Somministrazione al bisogno:**

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (s*pecificare*):
……

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 ……

Firma e timbro del MEDICO CURANTE