

**ALLEGATO 2**

**CERTIFICAZIONE MEDICA/PRESCRIZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO**

(redatta dal PLS, dal MMG, o dal Medico specialista)

**Si certifica l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il seguente farmaco all'alunno/a:**

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... in via .....

Frequentante la classe ..... della Scuola .....

Diagnosi per il/la quale è prevista la somministrazione del farmaco:

Nome commerciale del farmaco: .....

.....

Nome generico del farmaco: .....

.....

Modalità di somministrazione: .....

.....

Dose: .....

Orario: .....

Durata terapia: .....

Modalità di conservazione del farmaco: .....

Note: .....

.....

.....

Il sottoscritto dichiara che le informazioni sopra riportate sono sufficienti per la somministrazione del farmaco da parte di personale non sanitario purchè formato.

Data .....

Timbro e firma del medico

.....