

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

.....