

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 (*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

Firma e timbro del MEDICO CURANTE