

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

(da compilarsi a cura del Medico Curante (P.S.L.S / MMG) o del Medico specialista e da consegnare al
Dirigente Scolastico da parte dei Genitori dell'alunno)

Si certifica l'assoluta necessita' di somministrare in ambito ed orario scolastico all'alunno/a:

Cognome **Nome**

Data di nascita Luogo

Residente a in Via

Classe / Sez **Scuola**

Sita a in via

Dirigente scolastico.....

DIAGNOSI:

il seguente farmaco

Nome del farmaco

Modalità di somministrazione Dose/dosi

Orario: 1[^] dose 2[^] dose 3[^] dose 4[^] dose

Durata terapia

Terapia di mantenimento.....

Terapia in caso di manifestazioni acute.....

Modalità di conservazione del farmaco

Note :

.....

Data

Timbro e firma leggibile del Medico