Allegato B

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto Dott. _____medico curante dell'alunno:

nome cognome _____

data e luogo di nascita _____classe _____ sez._____

DICHIARA

Che l'alunno_____ è affetto da (patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

_____

_____

Pertanto in caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi:

1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco

_____

_____

2) descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

_____

_____

Nome commerciale del farmaco _____ Dose da somministrare

_____ modalità di conservazione _____

DICHIARA

Inoltre che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi, vista l'urgenza della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco il più precocemente possibile, pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data, luogo _____

(timbro e firma)