**CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO**

**SI CERTIFICA**

La somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico

all'alunno: …….

nato a ……. il……....

residente a …… in ……..

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 :

……

……

……

……

☐ **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) : SI ☐ NO ☐

Modalità di conservazione:

……

Note

……

……

B) **<u>NOME DEL FARMACO SALVAVITA</u>**……..……

Modalità di somministrazione :

……...…

……..…

……..……

……

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

……

……

Modalità di conservazione

……

Note……

…….

In fede

Timbro e Firma del Medico

Asl

Data ……/……/…..…

……..