CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottostritto/a Dott._____ cod. Reg _____ medico curante dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____ Classe _____ sez _____ Plesso_____

DICHIARA

Che l'alunno/a _____ è affetto da patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del seguente farmaco: _____ in caso di urgenza e precisamente con il manifestarsi dei 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 _____ effetti collaterali _____

DICHIARA

Inoltre che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della manifestazione dei sintoni, ha l'obbligo di somministrare il più velocemente possibile il farmaco, pur essendo privo di conoscenze specifiche in materia sanitaria.

Possibilità di autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno per età, esperienza, addestramento

◯ SI ◯ NO

Napoli _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

_____