

**CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O
MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO
(FAC-SIMILE)**

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ nome _____

Data di nascita _____ residente a _____

In via _____.

Frequentante nell'a.s. _____ l'Istituto _____

plesso _____ classe _____ sezione _____

Affetto/a da

NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL
PERSONALE NON SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO SALVAVITA

in caso di urgenza dovuta a

che si manifesta con la seguente sintomatologia

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione

Dosaggio

Modalità di conservazione del farmaco

Note: (indicare eventuale possibilità di tenuta del farmaco da parte dell'alunno/a e uso autonomo)

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato.

Data _____

TIMBRO E FIRMA

DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE