

**CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI
FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

A.S. 20____/20____

**DATI ANAGRAFICI DELL'ALUNNO PER IL QUALE IL MEDICO RICHIEDE LA
SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO**

Cognome..... Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Residente in..... tel.....

Scuola..... classe.....

Constatata l'assoluta necessità della somministrazione in ambito e orario scolastico, si autorizza la somministrazione dei seguenti farmaci nel suddetto orario:

Nome commerciale del farmaco.....

Dose e modalità di somministrazione.....

Orario:

1° dose..... 2° dose..... 3° dose..... 4° dose.....

Durata terapia.....

Modalità di conservazione.....

Descrizione dettagliata dell'evento per il quale si richiede la somministrazione del farmaco

Eventuali note di primo soccorso.....

Data timbro e firma del medico