

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI  
SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NELL'AMBITO SCOLASTICO**

( protocollo d'intesa tra Ministero dell'Istruzione e Ministero della Salute numero 2312 del 25/11/2005 )

**SI CERTIFICA**

che il bambino Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

affetto da \_\_\_\_\_

necessita della somministrazione di farmaci, in orario scolastico , da parte del personale non sanitario.

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 e tempi di somministrazione \_\_\_\_\_

Modalità conservazione \_\_\_\_\_

Effetti collaterali \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che la somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi , vista l'urgenza della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco .

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico