

**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.

Termoli, lì _____

Timbro e firma del medico