

Al Dirigente Scolastico I.C. Siano -
Bracigliano

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

Il sottoscritto dott medico curante
dell'alunn* nat* a
.....
il, iscritto alla scuola.....
plesso.....
classe.....sez.....

DICHIARA

che l'alunno/a è affetto
da.....
.....
.....

e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente (descrivere brevemente i sintomi di una "crisi"):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del
seguente farmaco salvavita (*nome commerciale e nome generico o principio attivo*)

.....
.....
.....
.....
.....

nella seguente posologia

.....
.....
.....

.....

e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione

.....

.....

.....

.....

.....

Modalità di conservazione del farmaco

.....

.....

Note: *(indicare eventuale possibilità di tenuta del farmaco da parte dell'alunn* e uso autonomo solo per la scuola secondaria)*

.....

Si dichiara inoltre che la somministrazione di tale farmaco non richiede competenze specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica e che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato. Pertanto, il personale scolastico, presente e preparato al momento dell'urgenza, ha l'obbligo di somministrare il farmaco pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data _____

TIMBRO E FIRMA
DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE