ALLEGATO N. 2

(Modello per il Medico)

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

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome_____Nome _____

Data di nascita_____residente a_____

In via_____.

Frequentante nell'a.s 2025/2026 l'Istituto Comprensivo sede _____classe_____sezione _____

Affetto/a dalla seguente patologia _____

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

_____

in caso di urgenza dovuta a

_____

<u>che si manifesta con la seguente sintomatologia (indicare i sintomi)</u>

_____

_____

_____

Nome commerciale del farmaco

_____

Modalità di somministrazione (**<u>indicare la modalità di somministrazione in maniera chiara in modo che non ci sia l'esercizio di discrezionalità tecnica</u>**)

Dosaggio _____

Modalità di conservazione del farmaco (indicare la 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, non essendo richieste nella somministrazione il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

La tipologia di somministrazione è in linea con le "Linee guida per la somministrazione di farmaci in orario scolastico" (Ministero dell'Istruzione e Ministero della Salute 25/11/05).

Per eventuali chiarimenti potete contattarmi al numero telefonico _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA

DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE