

**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'alunno/a nato/a 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
seguinte 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'alunno/a 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