

Logo ASP Servizio di .....

MODULO DI CERTIFICAZIONE

Certificazione Medica per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico del Liceo Statale “G.V. Gravina” Via Ugo Foscolo, n. 28, Località Crotone  
Provincia KR

Constatata la assoluta necessita SI CERTIFICA la somministrazione dei farmaci sotto indicati in  
orario ed ambito scolastico all’alunno/a Cognome e Nome

.....  
data e luogo di nascita.....  
residente a .....in Via.....tel.....

Nome del farmaco .....  
Durata della terapia: dal .....al .....

Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina.....dose...../ Pasto.....dose...../  
Pomeriggio.....dose.....Modalità di somministrazione  
.....  
.....

Note.....  
.....  
.....

Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....  
Capacità dell’alunno/a ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti  
di farmaco salvavita (barrare la scelta):    Sì     No   
Modalità di conservazione  
.....

..... Note.....

B) Nome del farmaco salvavita/indispensabile .....  
Modalità di somministrazione:  
.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

..... Modalità di conservazione.....  
..... Note .....

Data .....

Medico AUSL (Timbro e Firma)