

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 ain Via.....tel.....

Nome del farmaco
Durata della terapia: dalal

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)