



ISTITUTO COMPRENSIVO PINEROLO V CUMIANA

ALLEGATO 2

**CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN ORARIO SCOLASTICO**

SI CERTIFICA per il minore

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ In via _____

Iscritto c/o la scuola _____ Classe _____ per l'a.s. _____

l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il seguente farmaco da parte di personale non sanitario, e pertanto SI PRESCRIVE:

Nome commerciale del farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

Via di somministrazione _____

Orario 1^a dose _____ 2^a dose _____ 3^a dose _____ 4^a dose _____

Durata terapia _____ dal _____ al _____

oppure

Evento per il quale è prevista la somministrazione _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Eventuali note _____

Effetti collaterali _____

SI DICHIARA

che tale somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del somministrante.

Luogo e data _____

Timbro e firma del medico _____