

ALLEGATO 2: CERTIFICAZIONE MEDICA

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) O MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO.**

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la scuola _____ classe _____

affetto/a da _____

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

In caso di urgenza dovuta a _____
che si manifesta con la seguente sintomatologia _____

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____ Dosaggio _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato.

Data _____

**TIMBRO E FIRMA
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**