Allegato B

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____medico curante dell'alunno:

nome cognome _____-

data e luogo di nascita _____classe _____ sez._____

DICHIARA

Che l'alunno/a_____ è affetto da (patologia presentata dall'alunno/a per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

_____

_____

Pertanto in caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi:

1)Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco

_____

_____

2) descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

_____

_____

Nome commerciale del farmaco e/o principio attivo (farmaco generico):

_____Dose da somministrare

_____ modalità di conservazione_____

DICHIARA

Inoltre che la somministrazione di tale farmaco, ESENTA il somministratore incaricato e, quindi, il personale scolastico privo di competenze specialistiche in materia sanitaria, da qualsiasi responsabilità possa di seguito presentarsi all'eventuale, sebbene rara, comparsa di possibili effetti collaterali (ricordando comunque che in caso di situazioni di pericolo di vita la tempestività è prioritaria).

Data, luogo _____

(timbro e firma)