

Somministrazione/auto-somministrazione di farmaci in orario scolastico Attestazione del medico curante

La/Il sottoscritta/o _____ medico curante dell'alunna/o
_____ nata/o a _____ il _____ residente
a _____ frequentante codesto Istituto scolastico affetto/
da: _____

PRESCRIVE

Nome commerciale del farmaco da somministrare _____

Tipologia del farmaco: salvavita indispensabile

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

Modalità di somministrazione (orari, posologia, modalità e tempi di somministrazione)

Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia (fino a diversa

comunicazione) _____

È prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunna/o: SI NO

TERAPIA D'URGENZA

Nome commerciale del farmaco da somministrare _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione _____

Dose _____

Modalità di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Sestu li, _____ Timbro e firma del medico _____

Recapito in caso di emergenza _____

Gentile Dottoressa/Dottore, desideriamo informarLa che i dati contenuti nella presente certificazione saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.