**MODELLO 1**

Fac-simile- Certificato medico per la somministrazione di farmaci

ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.

II minore (Cognome)...............................................(Nome).................................................

nato il.....................................residente...................................................................................

necessita della

□somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

..........................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................

durata della terapia

..........................................................................................................................................

modalità di conservazione del farmaco

…………………………………………………………………………………………

Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

................................................................

□ È prevista l&#39;auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell&#39;alunno.

Data ………………………..

Timbro e Firma del Medico