MODULO 1_ ALLEGATO AL PROTOCOLLO D'INTESA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O GESTIONE DI DISPOSITIVI MEDICI IN AMBITO SCOLASTICO

CERTIFICATO MEDICO

Cognome _____ Nome _____

Nata/o il __/__/__ CODICE FISCALE _____

Patologia cronica _____

Descrivere i segni/sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco, in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica da parte di personale scolastico/educativo, cui non sono richieste competenze/funzioni sanitarie.

Farmaco (*nome commerciale)* _____

Quando somministrarlo

_____

Dosaggio e modalità di somministrazione

_____

Durata della terapia (anno scolastico in corso/periodo) _____

Modalità di conservazione _____

Farmaco (*nome commerciale)* _____

Quando somministrarlo

_____

Dosaggio e modalità di somministrazione

_____

Durata della terapia (anno scolastico in corso/periodo) _____

Modalità di conservazione _____

Recapito telefonico del medico _____

Timbro e Firma

Data _____