

**ALLEGATO A – RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza/farmaco salvavita** (allegato al Certificato Medico)

**ISTRUZIONI DEL MEDICO CURANTE**

**Prescrizione specifica dei farmaci da assumere:**

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO:
Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno):
Modalità e tempi di somministrazione, posologia:

- La somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico non prevede specifica formazione sanitaria
- Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola (genitori, personale medico, operatori specificatamente formati)
- Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
Istruzioni indirizzate al personale scolastico sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace:

Data \_\_\_\_\_

Il Medico curante \_\_\_\_\_