Allegato B

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE

PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a ……..….. nato/a a ……..,

in data …./…./……. residente in ……..……..…….

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

e

- Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco ……, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:
    - salvavita

(oppure)

    - indispensabile;
- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia □ al genitore dell'alunno/a (oppure) □ all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo …… In fede

Timbro e Firma del Medico

Data ……/……/…..… ……..