Allegato 1

ATTESTAZIONE di MEDICO/STRUTTURA SANITARIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI IN AMBITO SCOLASTICO

L'alunna/o (Cognome) _____(Nome) _____

Luogo di nascita _____Data di nascita___/___/____

Residente in _____Telefono _____

Scuola _____Classe e Sezione _____

Necessita della terapia nei locali e in orario scolastico secondo il Piano Terapeutico allegato, considerando che la somministrazione non richiede il possesso di competenze specialistiche sanitarie e 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.

Data ___/___/____ Timbro e firma del medico (o struttura accreditata)

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data ___/___/____ Timbro e firma del dirigente scolastico