

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;

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, non essendo necessaria alcuna competenza specialistica e adeguatamente formato.

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

Si rilascia ai genitori dell'alunno/a

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome

Nome

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare ☐ Mattina (h.) dose da somministrare ☐ Pasto (prima, dopo) dose
 - ☐ Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
.....
.....

- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../..... (Oppure)

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita**

Modalità di somministrazione del farmaco

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....

- Dose da somministrare

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- ☐ Sì
☐ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico
.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....