ALLEGATO 2 = vedi file Allegato n. 2 - CERTIFICAZIONE MEDICA E PIANO TERAPEUTICO

Allegato 2 – certificazione medica

CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
(da compilare a cura del medico)

Si certifica per il minore

Cognome …… Nome …… . Nato il …….. a

Residente a ..... . In via ……..

l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il seguente farmaco, e pertanto si prescrive:

Nome commerciale del farmaco ..... .

Dose e modalità di somministrazione ..... .

Via di somministrazione ..... .

Modalità di somministrazione .....

Durata terapia ……dal …….. al……

Evento per il quale è prevista la somministrazione ..... .

Modalità di conservazione del farmaco ..... .

Modalità di intervento e somministrazione ……

Eventuali note ……..

……

Effetti collaterali ……

Luogo e data ..... .

Timbro e firma del medico

_____