

Al
Dirigente Scolastico
Prof. Giacomo Bersini
c/o Istruzione Superiore "V.
Dandolo"
Piazza Chiesa n. 2
25030 Bargnano di Corzano (Brescia)

OGGETTO: Certificazione Medica ai fini della somministrazione di farmaci, da parte di Personale Scolastico, in orario scolastico.

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa

in qualità di Medico di Medicina Generale Medico Specialista

dello studente _____ Nato a: _____ il _____

frequentante nell'a.s. _____ la classe _____

della sede Centrale di Bargnano di Corzano
 Coordinata di Orzivecchi Giardino
 Coordinata di Orzivecchi ITT
 Coordinata di Lonato

CERTIFICA

la necessità che sia somministrata allo studente sopra indicato la terapia farmacologica in ambito scolastico. Le indicazioni per la somministrazione, da parte di personale scolastico senza particolari cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica del/dei farmaco/i sono le seguenti:

⇒ Nome commerciale del/i farmaco/i:	_____

⇒ Modalità di somministrazione:			
Orari	Dosaggio	Via di somministrazione	Conservazione

⇒ **Durata della terapia:** *(nel caso di indicazioni a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia indicare i sintomi)*

⇒ Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

In fede

Timbro e Firma del Medico

Data _____

