

Al Dirigente Scolastico
della Scuola _____

**CERTIFICAZIONE DEL CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO**

Cognome Nome

Nato a il Residente a Via.....

Telefono Frequentante la classe

A causa della patologia di seguito riportata, si certifica l'assoluta necessità di somministrare, in ambito e orario scolastico, il seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco

Evento che richiede la somministrazione del farmaco.....

Dose da somministrare.....

Modalità di somministrazione.....Durata della terapia.....

Orario 1a dose 2a dose 3a dose 4a dose

Eventuali note di primo soccorso

Modalità di conservazione del farmaco.....

Data

Timbro e firma del medico

.....

