

ALLEGATO 2: CERTIFICAZIONE MEDICA

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) O MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ Il _____ residente a _____

in via _____ frequentante la Scuola _____

classe _____ sez. _____ affetto da _____

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL PERSONALE NON
SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO**

In caso di urgenza dovuta a _____

Che si manifesta con la seguente sintomatologia _____

Nome del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Dosaggio _____

Conservazione _____

Note _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE