

Allegato 1 DGR n. 724 del 2024

**ATTESTAZIONE di MEDICO/STRUTTURA SANITARIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI
FARMACI INDISPENSABILI IN AMBITO SCOLASTICO**

L'alunna/o (Cognome) _____ (Nome) _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Residente in _____ Telefono _____

Scuola _____ Classe e Sezione _____

Necessita della terapia nei locali e in orario scolastico secondo il Piano Terapeutico allegato, considerando che la somministrazione non richiede il possesso di competenze specialistiche sanitarie e 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.

Data ____/____/____
accreditata)

Timbro e firma del medico (o struttura

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e
orario scolastico

Data ____/____/____

Timbro e firma del dirigente scolastico

PIANO TERAPEUTICO

L'alunna/o (Cognome) _____ (Nome) _____

Trattasi di farmaco: ☐ salvavita oppure ☐ indispensabile

Nome principio attivo del farmaco: _____

Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e orario di somministrazione:

Modalità di somministrazione:

Circostanza/condizione per la quale somministrare il farmaco:

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Eventuali note di primo soccorso (descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco):

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

☐ Sì

☐ No

Altre indicazioni:

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte dell'ASL:

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico