

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. AMEDEO MOSCATI
PONTECAGNANO FAIANO

SI CERTIFICA CHE L'ALUNNO/A

COGNOMENOME.....NATO/A IL

A.....RESIDENTE IN.....VIA

FREQUENTANTE LA SEZIONE/CLASSE DEL PLESSO DI SCUOLA (INFANZIA-PRIMARIA-
SECONDARIA DI I GRADO)..... DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO AMEDEO MOSCATI DI
PONTECAGNANO FAIANO

E' AFFETTO/A DA

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

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO.....

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE.....

MODALITA' DI CONSERVAZIONE

DOSAGGIO.....

NOTE

SI CERTIFICA

CHE LA SOMMINISTRAZIONE PUO' ESSERE EFFETTUATA DA PERSONALE NON SANITARIO
OPPORTUNAMENTE INFORMATO/ FORMATO SENZA PARTICOLARI COGNIZIONI DI TIPO SANITARIO E SENZA
L'ESERCIZIO DI DISCREZIONALITA' TECNICA.

DATA

TIMBRO E FIRMA