

**CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE
DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

SI CERTIFICA per il minore

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ PR _____

Residente a _____ in via _____

Alla sezione _____ per l'a.s. _____

l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il seguente farmaco da parte di personale non sanitario, e pertanto SI PRESCRIVE:

Nome commerciale del farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

Via di somministrazione _____

Orario 1^a dose _____ 2^a dose _____ 3^a dose _____ 4^a dose _____

Durata terapia _____ dal _____ al _____

oppure

Evento per il quale è prevista la somministrazione _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Eventuali note _____

Effetti collaterali _____

SI DICHIARA

che tale somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del somministrante.

Torino, _____

Timbro e firma del medico _____