

Allegato 1 DGR n. 724 del 2024

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

(FACSIMILE)

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

