

Mod. B1

**CERTIFICAZIONE MEDICA PER L'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
AD USO CRONICO E/O EMERGENZA IN AMBITO SCOLASTICO**

Io sottoscritto/a, in qualità di Medico curante,
certifico che, nato il/...../.....

NECESSITA

di autosomministrarsi farmaci indispensabili/salvavita in ambito scolastico per

☐ patologia cronica ☐ patologia acuta, attenendosi alle seguenti indicazioni:

Nome commerciale del/i farmaco/i

.....
.....

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....
.....
.....

Qualora sia necessario avere una confezione del farmaco a scuola (per situazioni di emergenza):

Modalità di conservazione del farmaco:

- ☐ temperatura ambiente in luogo asciutto e protetto dai raggi solari
☐ conservazione in frigorifero (3-4 °C)

Altre informazioni:

Diagnosi e stato di malattia:

Data/...../..... Timbro e firma del Medico

NB: qualora si pensi che possa presentarsi l'eventualità che il personale scolastico possa dover somministrare il farmaco indispensabile/salvavita è necessario compilare anche i modelli A e A1.