

Mod. A1

**CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE 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 somministrazione di farmaci in ambito scolastico per ☐ patologia cronica ☐ patologia acuta  
Conseguentemente è prevista:

- ☐ la somministrazione dei farmaci da parte del genitore in ambito e orario scolastico
- ☐ la somministrazione dei farmaci da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- ☐ la definizione di un piano di assistenza da parte dell'ASST competente (situazioni "complesse")

*Nome commerciale del/i farmaco/i*

.....  
.....

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

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

*Modalità di conservazione:*

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

*Altre informazioni:*

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico): .....

Diagnosi e stato di malattia: .....

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita"

**NB: descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica**

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

Eventuale definizione di un piano di assistenza per situazioni complesse (es. diabete):

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

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