

**Certificazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito  
scolastico/educativo**

**AUSL Servizio di .....**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "Loris Malaguzzi"  
Via Roma n. 55 – Felino (PR)

Constatata la assoluta necessità SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

**Cognome e Nome .....**

Nato a ..... il .....

residente a .....in Via..... tel. ....

iscritto per l'a.s. .... alla classe ..... della Scuola..... di .....

**A) Nome commerciale del farmaco .....**

Durata della terapia: dal .....al .....

**1 A) Somministrazione quotidiana:**

Orario e dose da somministrare

Mattina / h. ....dose...../

Pasto (prima, dopo, h. ) .....dose..... /

Pomeriggio (h. ....) dose.....

Modalità di somministrazione

.....  
.....

**2 A ) Somministrazione al bisogno:**

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

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

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta): SI'  NO

Modalità di conservazione

.....  
.....

Note per eventuali effetti collaterali

.....  
.....

Note di formazione specifica per personale scolastico

.....  
.....

**B) Nome commerciale del farmaco salvavita**

.....

Modalità di somministrazione

.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....

Modalità di conservazione

.....

Note per eventuali effetti collaterali

.....

Note di formazione specifica per personale scolastico

.....

.....

Data .....

Medico AUSL (Timbro e Firma)

.....