

**CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E RELATIVO PIANO TERAPEUTICO  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto, dottor .....

**dichiara che**

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Residente ..... Telefono .....

Scuola ..... Classe..... Sezione .....

**è affetto da.....,**

**per questo necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico**

Nome principio attivo del farmaco .....

Nome commerciale del farmaco .....

Dose e modalità di somministrazione (auto somministrazione / somministrazione da parte di terzi) .....

.....  
.....

Durata della terapia (ore e giorni) .....

.....  
.....

Modalità di conservazione del farmaco .....

.....  
.....

Evento per il quale somministrare il farmaco.....

.....  
.....

Eventuali note di primo soccorso (esempio: prescrizione di adrenalina in caso di anafilassi) .....

.....  
.....

Il sottoscritto dichiara che la somministrazione del farmaco non richiede il permesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione agli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla patologia e alle modalità di somministrazione e conservazione del farmaco.

Data .....

Timbro e firma del medico

.....