

**ALLEGATO 2: CERTIFICAZIONE MEDICA**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) O MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO.**

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
affetto/a da \_\_\_\_\_

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL PERSONALE NON  
SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO**

In caso di urgenza dovuta a \_\_\_\_\_  
che si manifesta con la seguente sintomatologia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_  
Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_  
Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**TIMBRO E FIRMA  
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O  
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**