

Allegato 3

**CERTIFICAZIONE MEDICA/PRESCRIZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI  
FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/ SOCIO-EDUCATIVO 0-3 ANNI DA PARTE DI  
PERSONALE NON SANITARIO**

(Redatta dal PLS, dal MMG o dal Medico specialista)

Consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie, si certifica l'assoluta necessità di somministrare in ambito e orario scolastico/del servizio socio-educativo 0-3 anni il seguente farmaco allo studente/alunno/bambino:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via/Fraz. \_\_\_\_\_

Frequentante la classe/il servizio socio-educativo 0-3 anni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dell'istituzione scolastica/ servizio socio-educativo 0-3 anni

\_\_\_\_\_

Piano terapeutico:

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile \_\_\_\_\_

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- orario e dose da somministrare:

○ Mattina (h. \_\_\_\_\_) dose da somministrare \_\_\_\_\_

○ Pasto (prima/dopo) \_\_\_\_\_

dose da somministrare \_\_\_\_\_

○ Pomeriggio (h. \_\_\_\_\_) dose da somministrare \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione del farmaco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

A.1) Necessita di somministrazione al bisogno:

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

---

---

---

---

---

---

Dose da somministrare

---

---

---

Modalità di somministrazione del farmaco

---

---

---

Modalità di conservazione del farmaco

---

---

---

Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../..... **(Oppure)**

B) Nome commerciale del farmaco salvavita \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione del farmaco

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

Dose da somministrare

---

---

---

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

---

---

---

Capacità dello studente/alunno/bambino a effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

☐ Sì

☐ No

Note

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679, secondo l'informativa allegata.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni sopra riportate sono sufficienti per la somministrazione del farmaco da parte di personale non sanitario purché formato ai sensi del protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola (DGR n. \_\_\_\_/2021).

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

---