

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 _____

Codice fiscale

Residente a _____

Via/Fraz. _____

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

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

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

Piano terapeutico:

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile _____

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:

- orario e dose da somministrare:
 - o Mattina (h. _____) dose da somministrare _____
 - o Pasto (prima/dopo) _____
dose da somministrare _____
 - o Pomeriggio (h. _____) dose da somministrare _____

Modalità di somministrazione del farmaco

Modalità di conservazione del farmaco

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

A.1) Necessità 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/...../..... (**Ottobre**)

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 veritieri, 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
