**Farmaci salvavita/indispensabili - certificazione del medico curante**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medico curante dell’allievo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**certifica**

che lo stesso, essendo affetto da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, necessita della somministrazione del seguente farmaco salvavita/indispensabile:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome del farmaco** |  |
| **Posologia** |  |
| **Modalità e tempi di somministrazione** |  |
| **Modalità di conservazione del farmaco** |  |
| **Durata del trattamento** |  |

Dichiara che la somministrazione del farmaco di cui sopra è tale da poter essere effettuata anche da personale non specializzato, pertanto non in possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica.

**Gestione delle emergenze** In caso di emergenza il personale scolastico dovrà attenersi alla seguente procedura:

|  |
| --- |
|  |

Firma e timbro del medico curante

*Gentile Dottore/Dottoressa, Desideriamo informarLa che i dati contenuti nella presente certificazione saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.*