



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

Data, _____

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.