



Istituto Vescovile "A. Graziani"
Asilo Nido – Scuola dell'Infanzia
Scuola Primaria Paritaria – Scuola Secondaria di I Grado
Via Cà Rezzonico, 6 - 36061 Bassano del Grappa (VI)
tel.0424/522254; fax: 0424/231244
email: segreteria@lescuolegraziani.it

ALLEGATO C

OGGETTO: CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

si certifica che

lo stato di malattia dell'alunno/a nato/a a, in data
...../...../..... residente in

- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco: salvavita oppure indispensabile;
 - Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

si attesta

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia al genitore dell'alunno/a

..... ñ

In fede
Firma del Medico



PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:

Modalità di somministrazione del farmaco

Mattina (h.) dose da somministrare

Pasto (prima, dopo) dose da somministrare

Pomeriggio (h.) dose da somministrare

Modalità di conservazione del farmaco

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

A.2)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/...../.....

(Oppure)

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....

Dose da somministrare:

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco



Istituto Vescovile "A. Graziani"
Asilo Nido – Scuola dell'Infanzia
Scuola Primaria Paritaria – Scuola Secondaria di I Grado
Via Cà Rezzonico, 6 - 36061 Bassano del Grappa (VI)
tel.0424/522254; fax: 0424/231244
email: segreteria@lescuolegraziani.it

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- Sì
 - No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda ASL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- Sì
 - No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda ASL

11

In fede
Firma del Medico