

Allegato 3

SI CERTIFICA CHE

Il minore (Cognome) ..... (Nome) .....

nato il.....residente a .....

**Necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Le indicazioni per la somministrazione (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

**nome commerciale del/i farmaco/i** .....

**modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)**

.....

.....

**durata della terapia** .....

(*Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi*)

.....

.....

**Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso**

.....

**Plati, .....**

**Timbro e firma del medico**