

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 e considerata l'assoluta necessità per  
il/la            predetto/a            alunno/a            della            somministrazione            del            farmaco  
....., con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la  
somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

- 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, non essendo necessaria alcuna competenza specialistica e adeguatamente formato.

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

Si rilascia ai genitori dell'alunno/a

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....

# PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome ..... Nome .....

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile** .....

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare ○ Mattina (h. ....) dose da somministrare ..... ○ Pasto (prima, dopo) ..... dose .....
  - Pomeriggio (h. ....) dose .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

A.2) Necessita 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  
.....

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

- ☐ Sì  
☐ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico  
.....

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....