

ISTITUTO COMPRENSIVO “*Cardinale Agostino Casaroli*”

Via Verdi, 6 – 29015 Castel San Giovanni (PC)

C.M. PCIC81700C - C.F. 80011290337

Tel.- 0523 842788 - Fax - 0523 882247

e-mail: - pcic81700c@istruzione.it – PEC pcic81700c@pec.istruzione.it

SITO – www.comprensivo-csg.edu.it

FUTURA

**LA SCUOLA
PER L'ITALIA DI DOMANI**

Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

Ministero dell'Istruzione
e del Merito

Italiadomani
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

MOD. 2 – CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE di FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo “*Card. A.Casaroli*”
Via Giuseppe Verdi 6
29015 Castel S. Giovanni

Constatata la assoluta necessità SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome

data e luogo di nascita.....

residente a in via.....

A) Nome commerciale del farmaco

Durata della terapia:

1 A) Somministrazione quotidiana:

Orario di somministrazione

Dose da somministrare

Modalità di somministrazione

2 A) Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco

(specificare):

.....
.....
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta): ☐ SI ☐ NO

Modalità di conservazione del farmaco:

.....

Note per eventuali effetti collaterali

.....

ISTITUTO COMPRENSIVO “*Cardinale Agostino Casaroli*”

Via Verdi, 6 – 29015 Castel San Giovanni (PC)

C.M. PCIC81700C - C.F. 80011290337

Tel.- 0523 842788 - Fax - 0523 882247

e-mail: - pcic81700c@istruzione.it – PEC pcic81700c@pec.istruzione.it

SITO – www.comprensivo-csg.edu.it

FUTURA

**LA SCUOLA
PER L'ITALIA DI DOMANI**

Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

Ministero dell'Istruzione
e del Merito

Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI FORMAZIONE E AGIBILITÀ

Note di formazione specifica per personale scolastico

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita**

Modalità di somministrazione

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

Data: / /

Medico AUSL
(timbro e firma)