**ALLEGATO B - CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO**

(*da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell’alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico)*

Al Dirigente Scolastico

IC “Salerno V Ogliara”

SALERNO

Il sottoscritto dott. …………………………………………………………………………………………….. medico curante dell’alunno/a ……………………………………………………………………………………… nato/a a ………………........................ il ……………………………………., iscritto alla scuola…………………….. plesso………………………………………………. Sezione/classe………….sez…………….

### DICHIARA

che l’alunno/a è affetto da………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

e pertanto in caso di “urgenza” e precisamente (descrivere brevemente i sintomi di una “crisi”): …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………..…………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………..…………………………………………………………………………………

necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente farmaco salvavita (*nome commerciale e nome generico o principio attivo*) …………………………………………………………………………………………………..………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

nella seguente posologia …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Modalità di conservazione del farmaco …………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Durata della terapia dal …………………………………………. al ……………………………………………………

**Note**: *……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

Si dichiara inoltre che la somministrazione di tale farmaco non richiede competenze specialistiche di tipo sanitario né l’esercizio di discrezionalità tecnica e che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato. Pertanto il personale scolastico, presente e preparato al momento dell’urgenza, ha l’obbligo di somministrare il farmaco pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA

DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE