



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. GALILEI"

Via Venezia, 46 - 30037 Scorzè (VE) - Tel. 041 445733 / 041 5840683 - Fax. 041 / 5847624
e-mail veic83600e@istruzione.it – veic83600e@pec.istruzione.it - www.comprendivoggalilei.gov.it
Codice Meccanografico: **VEIC83600E** - C.F.: **90108060279** – Codice Unico Ufficio: **UFR8LR**

Modulo 02 **(modello che può utilizzare il medico)**

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

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ nome _____

Data di nascita _____ residente a _____

In via _____.

Frequentante nell'a.s. _____ l'Istituto _____

plesso _____ classe _____ sezione _____

Affetto/a da

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL
PERSONALE NON SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO SALVAVITA**

in caso di urgenza dovuta a

che si manifesta con la seguente sintomatologia

Nome commerciale del farmaco



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. GALILEI"

Via Venezia, 46 - 30037 Scorzè (VE) - Tel. 041 445733 / 041 5840683 - Fax. 041 / 5847624
e-mail veic83600e@istruzione.it – veic83600e@pec.istruzione.it - www.comprendivoggalilei.gov.it
Codice Meccanografico: **VEIC83600E** - C.F.: **90108060279** – Codice Unico Ufficio: **UFR8LR**

Modalità di somministrazione

Dosaggio

Modalità di conservazione del farmaco

Note: (indicare eventuale possibilità di tenuta del farmaco da parte dell'alunno/a e uso autonomo)

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato.

Data _____

**TIMBRO E FIRMA
DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
O
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**