

Al  
Dirigente Scolastico  
Prof. Giovanni Montanaro  
c/o Istruzione Superiore "V.  
Dandolo"  
Piazza Chiesa n. 2  
25030 Bargnano di Corzano (Brescia)

**OGGETTO: Certificazione Medica ai fini della somministrazione di farmaci, da parte di Personale Scolastico, in orario scolastico.**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa

in qualità di  Medico di Medicina Generale  Medico Specialista

dello studente \_\_\_\_\_ Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante nell'a.s. \_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_

della sede  Centrale di Bargnano di Corzano  
 Coordinata di Orzivecchi Giardino  
 Coordinata di Orzivecchi ITT  
 Coordinata di Lonato

**CERTIFICA**

la necessità che sia somministrata allo studente sopra indicato la terapia farmacologica in ambito scolastico. Le indicazioni per la somministrazione, da parte di personale scolastico senza particolari 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	Dosaggio	Via di somministrazione	Conservazione

⇒ **Durata della terapia:** \_\_\_\_\_ (nel caso di indicazioni 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**

In fede

Timbro e Firma del Medico

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_