**MODELLO 3 - CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO (a cura del medico)**

Si certifica che ……………………………………………………………… Data di nascita …………………………

Residente a …………………………………………… In via ……………………………………………………….n…………

frequentante la classe ...........… della scuola ……........................................................................…..

È affetto/a dalla seguente patologia ……………………………………………………………………….

per la quale:

- vi è l’assoluta necessità della somministrazione del farmaco con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso;

- 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 incorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Nome del farmaco …………………………………… Forma farmaceutica ……………………………..

Dosaggio ……………………………………………………………………………………………………...

Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco ……………………………….

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

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

Dose da somministrare ……………………………………………………………………………………...

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

Prescrizione ADRENALINA SÌ NO

In fede

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

 Timbro e firma del Medico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO ………………………………………….