

**CERTIFICATO MEDICO**

Cognome  Nome

Nata/o il / /  CODICE FISCALE

Patologia cronica

*Descrivere i segni/sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco, in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica da parte di personale scolastico/educativo, cui non sono richieste competenze/funzioni sanitarie.*

**Farmaco** (nome commerciale)

Quando somministrarlo

Dosaggio e modalità di somministrazione

Durata della terapia (anno scolastico in corso/periodo)

Modalità di conservazione

**Farmaco** (nome commerciale)

Quando somministrarlo

Dosaggio e modalità di somministrazione

Durata della terapia (anno scolastico in corso/periodo)

Modalità di conservazione

Recapito telefonico del medico

Timbro e Firma

Data