

CERTIFICATO MEDICO

Cognome _____ Nome _____

nata/o il __/__/____ CODICE FISCALE __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Patologia cronica _____

Descrivere i segni/sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco/utilizzo di dispositivo medico, 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 __/__/____