

## CERTIFICAZIONE STATO DI MALATTIA

Al Dirigente Scolastico dell'I.C.  
"G.Marconi" di Casalmaggiore

Si certifica che l'alunno/a  Nato/a a   
il  residente in Via  Comune   
prov.  frequentante la classe  della scuola   
di

è affetto/a dalla seguente patologia:

*Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco in orario scolastico 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 occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.*

### PIANO TERAPEUTICO

Nome commerciale del farmaco  forma farmaceutica

dosaggio  principio attivo del farmaco

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

dosi da somministrare

Modalità di somministrazione (auto-somministrazione o somministrazione da parte di terzi)

Modalità di conservazione del farmaco (secondo quanto disposto nel Riassunto delle caratteristiche del Prodotto RCP e nel Foglio Illustrativo del farmaco FI)

Durata e tempistica della terapia (orario e giorni)

Prescrizione ADRENALINA

SI

NO

*Si rilascia su richiesta degli interessati, per gli usi consentiti dalla legge*

Luogo e data,

Firma timbro del Medico