



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini

Dipartimento cure primarie
U.O. Tutela Salute Famiglia, Donna ed Età Evolutiva
Direttore Dott. Maurizio Bigi

Allegato n.3

**certificazione per la somministrazione di farmaci in contesti extra-familiari, educativi
o scolastici orario ed ambito educativo-scolastico**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo
Nome.....
Via.....
Località.....Provincia.....

Constatata la assoluta necessità SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario
ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome

.....
.....

data e luogo di

nascita.....

.....

residente ain

Via.....tel.....

A) Nome commerciale del farmaco

Durata della terapia: dalal

I A) Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina.....dose...../

Pasto.....dose...../Pomeriggio.....dose.....

Modalità di somministrazione

.....
.....
.....

2 A) Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....
.....
.....
.....
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di
farmaco salvavita (barrare la scelta): SI NO

Modalità di conservazione

.....
.....
.....

Note per eventuali effetti collaterali

.....
.....
.....

Note di formazione specifica per personale scolastico

.....
.....
.....

B) Nome commerciale del farmaco

salvavita

Modalità di somministrazione

.....

.....
.....
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Modalità di conservazione

.....
.....
.....

Note per eventuali effetti collaterali

.....
.....
.....

Note di formazione specifica per personale scolastico

.....
.....
.....

Data

Medico AUSL

