x il medico.

Allegato B: **CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO**

Si certifica che .....

Nato a .....il .....

residente in via.....Comune.....Prov.....

Frequentante la classe ..... della scuola .....di.....

È affetto /a dalla seguente patologia

.....per

la quale:

- Vi è 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 occorre 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 somministrazione e di conservazione del farmaco

.....

Prescrizione ADRENALINA Sì No

Data .....

In fede Firma e timbro del Medico