



## CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

**Al Dirigente scolastico  
dell'I.C. "Giovanni Blandini" di Palagonia**

Prof. Antonino Fabio Marco Laudani

**Alla famiglia del minore**

.....

### SI CERTIFICA che il minore

Cognome ..... Nome .....

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

In via/piazza ..... N. ....

affetto dalla seguente patologia:.....

necessita assolutamente della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente **FARMACO INDISPENSABILE** .....nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....  
con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

necessita assolutamente della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente **FARMACO SALVAVITA**..... in caso di urgenza dovuta al seguente evento.....

.....  
con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

Considerato che 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/o di conservazione del farmaco;

### SI ATTESTA

che il farmaco può essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico non sanitario, resosi volontariamente disponibile per la



Ministero dell'Istruzione e del Merito



Regione  
Siciliana



Istituto Comprensivo Statale  
"G. Blandini" - Palagonia

---

somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal predetto Piano Terapeutico. La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico e dal CERTIFICATO MEDICO.

Si rilascia al genitore dell'alunno/a.

Luogo e data.....

Timbro e firma del medico

.....



---

**Istituto Comprensivo Statale "Giovanni Blandini"**

Via Amedeo, 29 - 95046 Palagonia (CT) – tel. 095/7958713 – fax. 095/7953425

C.F. 91026560879 - C.M.: CTIC8A5003 - Email: ctic8a5003@istruzione.it - Pec: ctic8a5003@pec.istruzione.it - Web: www.icblandinipalagonia.gov.it



### PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome ..... Nome .....

**A) Nome commerciale del farmaco **INDISPENSABILE** .....**

**A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:**

.....  
.....r  
ario e dose da somministrare o Mattina (h. ....) dose da somministrare..... o Pasto  
(prima, dopo) ..... dose .....o Pomeriggio (h. ....) dose .....

- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Dose da somministrare .....
- Effetti collaterali.....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....
- Regole di conservazione
- Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:
  - Sì
  - No
- Necessità di formazione specifica da parte della Azienda ASP nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione
  - Sì (specificare di che tipo).....
  - No
  - Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda ASL

Luogo e data.....

Timbro e firma del medico

.....



## PIANO TERAPEUTICO

### A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco ovvero in presenza di una particolare sintomatologia, indicare in modo dettagliato i sintomi:  
.....
- Dose da somministrare .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Effetti collaterali.....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....
- Regole di conservazione
- Nel caso il farmaco non risultasse efficace si deve.....  
.....
- Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco
  - Sì
  - No
- Necessità di formazione specifica da parte della Azienda ASP nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione
  - Sì (specificare di che tipo).....
  - No
  - Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda ASL  
.....

Luogo e data.....

Timbro e firma del medico

.....



### PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome .....Nome .....

**B) Nome commerciale del farmaco SALVAVITA** .....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco ovvero in presenza di una particolare sintomatologia, indicare in modo dettagliato i sintomi:

.....  
.....

- Dose da somministrare.....

.....

- Modalità di somministrazione del farmaco .....

.....  
.....

- Effetti collaterali.....

- Modalità di conservazione del farmaco.....

.....

- Nel caso il farmaco non risultasse efficace si deve.....

.....

- Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- Sì
- No

- Necessità di formazione specifica da parte della Azienda ASP nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- Sì (specificare di che tipo).....
- No
- Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda ASL

.....

Luogo e data.....

Timbro e firma del medico

.....