

ALL. 2

Al Dirigente Scolastico del
Liceo statale "G. M. Dettori" di Tempio Pausania

CERTIFICATO- PIANO TERAPEUTICO

Il minore Nato a il residente in
..... alla via necessita della
somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

Le indicazioni per la somministrazione da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica del/dei farmaco/i sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

.....

.....

durata della terapia

(nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

.....

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

.....

Lì.....Data.....

Timbro e firma del medico