



Istituto Comprensivo Carbonera

Via Roma, 56 – Tel n° 0422 / 396256 - mail: TVIC85600Q@ISTRUZIONE.IT

- tvic85600q@pec.istruzione.it - segreteria@iccarboneratv.edu.it

www.iccarboneratv.edu.it - C.F. 80026200263 – codice univoco fatturazione UFG1GZ

31030 - C A R B O N E R A (TV)



Unione Europea

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la programmazione e la Gestione delle
Risorse Umane, Finanziarie e Strumentali
Direzione Generale per interventi in materia di Edilizia
Scolastica per la gestione dei Fondi Strutturali per
l'Istruzione e per l'Innovazione Digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE)

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA A MINORI NELL'AMBITO SCOLASTICO

(da compilarsi a cura del Medico curante)

Cognome e Nome dell'allievo

.....

Luogo e Data di nascita

.....

Patologia presentata dal bambino per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco a scuola:

.....

.....

La somministrazione può essere eseguita da personale scolastico? Si No

La somministrazione del farmaco differibile? Si No

Perché la somministrazione non è differibile?

.....

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI SINTOMI CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE URGENTE DEL FARMACO:

.....
.....

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO:

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

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO:

.....

MODALITA', TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE, POSOLOGIA:

.....

CONSERVAZIONE DEL FARMACO:

.....

DURATA DEL FARMACO:

.....

interventi da attuare dopo la somministrazione del farmaco:

CHIAMARE IL 118?

.....

CHIAMARE I GENITORI?

.....

MEDICO DI RIFERIMENTO, DR. N° TELEFONO

.....

altre informazioni utili ad affrontare l'emergenza

.....

Data

timbro e firma del medico curante