

# ALLEGATO 1

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

## SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a ..... nato/a a ....., in  
data ../../..... residente in .....

[illegible]

**Considerata** l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco ..... , con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

**Considerato** che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:

☐ salvavita oppure ☐ indispensabile;

**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 di conservazione del farmaco;

## SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia ☐ al genitore dell'alunno/a (oppure) ☐ all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo e data .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

.....