

**Allegato B**

**CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO**

Si certifica che

\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ del Centro Salesiano don Bosco di Treviglio  
E' affetto dalle 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 il relazione all'individuazione degli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Nome del farmaco \_\_\_\_\_

Dosaggio \_\_\_\_\_

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dose da somministrare \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco  
\_\_\_\_\_

Prescrizione adrenalina

SI

NO

Data.....

Timbro e firma del medico.....