LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

Via Goito 4, 20121 Milano – C.F. 80150590158 – C.M. MIPC170001 – Tel. 02/6551278

ALLEGATO 1

Certificazione dello stato di malattia e Piano Terapeutico (a cura del Medico curante / specialista del S.S.N.)

Ai sensi del Protocollo quadro d'intesa Regione Lombardia – U.S.R. Lombardia per la somministrazione di farmaci e/o gestione di dispositivi medici a scuola (D.G.R. 3 giugno 2025, n. XII/4483 – BURL n. 23 del 6.6.2025) e delle Raccomandazioni MIUR – Ministero della Salute del 25 novembre 2005.

Dati dello studente

Cognome e nome:	**Data di nascita:**
Classe e sezione frequentata:	**Codice fiscale:**

Diagnosi e quadro clinico

Descrizione dell'evento/situazione che richiede la somministrazione del farmaco

---

Farmaco prescritto

Nome commerciale:	**Principio attivo:**
Forma farmaceutica:	**Dosaggio:**

Posologia, modalità e tempi di somministrazione (specificare se terapia programmata a orari fissi oppure «al bisogno»)

Modalità di conservazione del farmaco (secondo RCP e Foglio Illustrativo)

Indicazioni specifiche

☐ Prescrizione di adrenalina auto-iniettabile per rischio di anafilassi

☐ Prescrizione di farmaco per l'interruzione di crisi epilettica prolungata

☐ Monitoraggio glicemico in continuo tramite applicativo smartphone (eventualmente collegato al caregiver)

☐ Altro (specificare): _____

Modalità di somministrazione

☐ Auto-somministrazione da parte dello studente (lo studente è autonomo nella gestione)

☐ Somministrazione da parte di terzi (personale scolastico volontariamente disponibile)

Dichiarazione del medico

Il/la sottoscritto/a medico dichiara che la somministrazione sopra descritta:

☐ non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario

☐ non richiede 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 a tempi, posologia e modalità di somministrazione e conservazione

Durata della terapia / validità del presente Piano Terapeutico

_____

Data _____

Timbro e firma del Medico:	**Recapiti del Medico (tel./e-mail):**