

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) ALLA
SOMMINISTRAZIONE O AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione o auto-somministrazione (cancellare la voce che non interessa) dei farmaci
sottoindicati, da parte di personale non sanitario o dell'alunno stesso (cancellare la voce che non interessa),
in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residente a _____ in via
_____ Telefono _____ Classe
_____ della scuola sita a in via _____

Dirigente Scolastico _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Dose orario: 1^ dose _____ 2^dose _____ 3^dose _____ 4^dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note: *descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco* _____

Data _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra
