

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

si prescrive all'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ residente a _____

in via _____ Telefono _____

Classe _____ della Scuola _____

sita a _____ in via _____

Dirigente Scolastico _____

**la somministrazione,
da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico,
del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____ Dose _____

Orario: 1^a dose _____ 2^a dose _____ 3^a dose _____ 4^a dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Descrizione dei sintomi che determinano la somministrazione del farmaco

note _____

Data _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra
