

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

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la scuola _____ classe _____

affetto/a da _____

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DEL
PERSONALE NON SANITARIO DEL SEGUENTE FARMACO**

Nome commerciale: _____

Modalità di somministrazione _____ Dosaggio _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

☐ In caso di urgenza dovuta a _____

che si manifesta con la seguente sintomatologia _____

☐ Quotidianamente ai seguenti orari: _____

Note _____

**Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario
opportunamente informato.**

Data

**TIMBRO E FIRMA
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**