

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

DA COMPILEARE A CURA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DELLO SPECIALISTA DELL'ALUNNO E DA
CONSEGNARE AL COORDINATORE

**VISTA LA RICHIESTA DEI GENITORI E CONTESTATA L'ASSOLUTA NECESSITA'
SI PRESCRIBE**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO PER L'ALUNNO/A**

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

Sito a _____ in via _____

Affetto da _____

Nel caso in cui si verifichi _____

DEL SEGUENTE FARMACO

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1[^] dose _____ 2[^]dose _____ 3[^] dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Eventuali effetti collaterali _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data _____ Firma del pediatra di libera scelta/Specialista _____

Li _____ Timbro _____