

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

- *Da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al Dirigente Scolastico;*
- *da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.*
  
- **ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,**
- **ACCERTATA LA NECESSITA' DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,**
- **ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO**

**SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto I.I.S. "A. Scotton"

sede di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichi \_\_\_\_\_

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I**

**NOME COMMERCIALE** del farmaco \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_

**DOSE** \_\_\_\_\_

**CONSERVAZIONE** \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ (Timbro e firma)