

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**(Pediatria 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 DEL PEDIATRA DI  
LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA  
GENERALE

