

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

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

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

Cognome ..... Nome .....  
data di nascita ..... residente a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della Scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Nome del generico equivalente.....

Modalità di somministrazione ..... dose .....

Orario: .....

Durata terapia: dal ..... al .....

Modalità di conservazione del farmaco .....

Si dichiara che la somministrazione non richiede il possesso di competenze di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

.  
. *Data:* .....

.  
. *Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra*