



ALLEGATO 1 - PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità di garantire la continuità terapeutica

il/la sottoscritto/a, Dr./Dr.ssa

Contatto:

in qualità di

- Specialista in
- Pediatra
- Medico di Medicina Generale

prescrive la somministrazione da parte di personale non sanitario in ambito ed in orario scolastico all'alunno/alunna

Cognome e Nome:

Nato il / /, Codice fiscale

residente a in Via

affetto della/delle seguente/i patologia/e

.....

Frequentante: *asilo nido / scuola infanzia / scuola primaria / scuola secondaria di 1°grado / scuola secondaria di 2°grado*

nome istituto....., sito a

il/i seguente/i farmaco/i

Principio attivo:

Nome commerciale e dosaggio:

Forma farmaceutica:

Tempistiche somministrazione (giorni e orario) e/o evento che richiede la somministrazione:

.....

Durata della prescrizione:

- Continuativa*
- dal / / al / /*

Dosaggio da somministrare:

