

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ nome _____

Data di nascita _____ residente a _____

In via _____.

Frequentante nell'a.s. _____ l'Istituto _____

classe _____ sede _____

Affetto/a da _____

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del/i seguente/i
Farmaco/i _____

in caso di urgenza dovuta a _____

che si manifesta con la seguente sintomatologia _____

Nome commerciale del/i farmaco/i

Modalità di somministrazione

Dosaggio _____

Modalità di conservazione del/i farmaco/i

Note: _____

**Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario
opportunamente informato/formato.**

_____, _____

TIMBRO E FIRMA

DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
