

**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**

\_\_\_\_\_