

**OGGETTO: PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE
DEI 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 ORARIO SCOLASTICO**

DATI RELATIVI ALL'ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____ Luogo e Data
di nascita _____ frequentante la classe _____ indirizzo
_____ Plesso _____

Nome commerciale del farmaco _____

Evento che richiede la somministrazione del farmaco _____

Tempi e modalità di somministrazione del farmaco

Dose _____

Orario 1^ dose _____ 2^ dose _____ 3^ dose _____ 4^ dose _____

Durata terapia _____

Modalità di conservazione _____

Eventuali note di primo soccorso

