

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**
(Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Assistenza Primaria (MAP))

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

in via _____

frequentante la Scuola _____ classe ____ sez. ____

affetto/a da _____

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO,
DA PARTE DEL PERSONALE NON SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO**

Nome commerciale _____

Modalità di somministrazione _____ Dosaggio _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

In caso di urgenza/indispensabilità dovuta a _____

che si manifesta con la seguente sintomatologia _____

L' alunno/a è in grado di utilizzare in modo autonomo il farmaco SI NO

Note _____

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

Data _____

TIMBRO E FIRMA PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
O DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
O SPECIALISTA DEL SSN