

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

*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

ALL'ALUNNO

Cognome.....Nome .....

Nato il..... a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

sita a .....in Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da .....

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:** .....

**Tipologia di farmaco** (barrare la scelta):

**Salvavita**

**Indispensabile**

**Modalità di somministrazione:** .....

**Orario:** 1<sup>^</sup> dose .....; 2<sup>^</sup> dose.....; 3<sup>^</sup> dose.....; 4<sup>^</sup> dose.....;

**Durata della terapia:**.....

**Modalità di conservazione:**.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

**Parziale autonomia**

**Totale autonomia**

**Terapia d'urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione: .....

Dose:.....

Modalità di somministrazione: .....

Modalità di conservazione:.....

Note.....

.....

(Luogo e data) ....., lì.....

**Timbro e Firma del Medico curante**