

Allegato B

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

si prescrive all'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ residente a _____

In via _____

Telefono _____ Classe _____

della Scuola _____

sita a _____ in via _____

Dirigente Scolastico _____

la somministrazione, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico, del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____ Dose _____

Orario: 1a dose _____ 2a dose _____ 3a dose _____ 4a dose _____

Durata terapia: dal ____/____/____ al ____/____/____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data ____/____/____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra