

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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Dott./ssa (indicare nome e cognome)

**Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità, prescrive la
somministrazione dei farmaci sottoindicati, da parte di personale NON SANITARIO,
in ambito scolastico**

ALL'ALUNNO/A

Cognome.....Nome

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

Residente a

In via.....

Frequentante I.C. "Piazza Winckelmann", classe.....scuola ☐ dell'infanzia ☐ primaria ☐ secondaria di 1°, ...

sita a Roma in ☐ via Nomentana 343 ☐ via Lanciani 45 ☐ Piazza Winckelmann 20

Affetto da
.....

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione

.....
.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

.....
.....

Modalità di conservazione

Modalità di informazione/formazione necessaria al personale scolastico

.....
.....

Note

.....

Data, ...

Timbro e Firma del Medico curante