

**ALLEGATO 2**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI FAMIGLIA /MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

La somministrazione di tale farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte di chi lo somministra.

**ALUNNO/A**

Cognome.....Nome.....  
Data e Luogo di nascita.....Residente a .....  
In Via.....Telefono.....  
Classe.....della Scuola.....  
Sita a.....inVia.....  
Dirigente Scolastico.....

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco.....  
Modalità di somministrazione.....Dosaggio.....  
Orario somministrazione.....  
Durata della terapia: dal .....al.....  
Modalità di conservazione del farmaco.....

**TERAPIA D'URGENZA**

Farmaco.....  
Dose.....  
Modalità di somministrazione.....  
Note.....  
Data.....//.....//.....  
Timbro e firma del Medico.....