

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE RELATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Preso atto della richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

Si prescrive

La somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a

Cognome..... nome

data di nascita..... residente a.....

in via.....telefono.....

classe.....scuola..... plesso

Dirigente Scolastico

Del seguente farmaco

nome del farmaco.....

modalità di somministrazione.....

Orario.....

Durata terapia dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco

Note.....

.....

.....

.....

Data

Timbro e firma del medico di Medicina Generale o Pediatra