

mod. B

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. di Casier (TV)

OGGETTO: prescrizione del medico curante per la somministrazione/autosomministrazione di farmaci in ambito scolastico (a cura del Pediatra di libera scelta/Medico di medicina generale).

Esaminata la richiesta dei genitori/responsabili genitoriali,
Accertata la necessità della somministrazione/autosomministrazione dei farmaci sottoindicati in orario e quindi in ambito scolastico,
Accertato che la somministrazione/autosomministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario,

SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/A

Cognome Nome

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

in via/piazza n. città.....

affetto dalla seguente patologia.....

nel caso in cui si verifichi

.....

.....

LA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

Nome commerciale del farmaco

.....

Modalità di somministrazione/autosomministrazione

.....

Dose:.....

.....

Modalità di conservazione del farmaco

.....

Eventuali note

.....

Luogo e data _____

**Timbro e firma del Pediatra di libera scelta/
Medico di medicina generale**