Allegato n.2

**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**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, 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……………………………….

Scuola………………………………………………………Classe………………………………

Dirigente Scolastico……………………………………………………………………………..

Del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco: ………………………………………………………………

Modalità di somministrazione……………………………………Dose….…………………..

Orario 1^dose……………… Orario 2^dose………....… Orario 3^dose..………..…

Durata terapia: dal …………………………….. al …………………………………..

Modalità di conservazione del farmaco …………………………………………………….

note……………………………………………………………………..

Data

Timbro e firma del medico di Medicina Generale o Pediatra

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola