

Allegato 3: 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

per lo/la studente/essa sotto indicato/a, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico

Cognome Nome
Data di nascita Residente a
In via Telefono
Classe della Scuola
Sita a In via

Dirigente Scolastico

il seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione:

- Orario:
- Durata terapia:
- Modalità di conservazione del farmaco:
- Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso
.....
.....
.....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra o Specialista

.....