

PRESCRIZIONE – AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA

Relativamente all'alunno: _____
(Cognome e Nome)

nato a: _____ in data: _____

residente in: _____ Comune di: _____

frequentate la classe: _____ della scuola: _____

con sede in: _____ Comune di: _____

affetto da: _____
(Riportare la patologia diagnosticata)

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà).
- Constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione.
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario.
- Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi.

SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA

la somministrazione dei farmaci di seguito indicati da parte di personale NON sanitario, in ambito ed orario scolastico oppure durante viaggi di istruzione ed uscite didattiche.

Indicare:

- **il nome commerciale del/dei farmaco/ci seguito dalle indicazioni dettagliate relative alla posologia (eventuali orari, dose per somministrazione, e al di);**
- **l'esatta modalità di conservazione;**
- la descrizione dei sintomi per i quali è necessario intervenire.

Data, _____
(Timbro e firma del Medico)