

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO.**

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

affetto/a da \_\_\_\_\_

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DEL  
PERSONALE NON SANITARIO DEL SEGUENTE FARMACO**

Nome commerciale: _____
Modalità di somministrazione _____ Dosaggio _____
Modalità di conservazione del farmaco _____

In caso di urgenza dovuta a \_\_\_\_\_  
che si manifesta con la seguente sintomatologia \_\_\_\_\_

Quotidianamente ai seguenti orari: \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

**Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato.**

Data \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA  
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O  
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**