

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

essendo lo studente affetto da _____

NOTE A RETRO PAGINA

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata.
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa.
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata.
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico.
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.

**PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI
MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE**

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa _____

Qualifica:

☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di Famiglia ☐ Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato/ e constatata l'assoluta necessità:

PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE
VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA**

Nome e cognome _____

nato a _____ il ____/____/____/CFI _____

frequentante la classe _____ della scuola primaria _____

scuola secondaria di 1° grado _____

scuola infanzia _____

sita a _____ in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

DEL SEGUENTE FARMACO

- Principio attivo: _____
- Nome commerciale: _____
- Forma farmaceutica: _____
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i _____
- Durata della somministrazione entro i limiti dell'anno scolastico, dal _____ al _____; continuativa; al bisogno.
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco: _____
- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione, auto-somministrazione o da parte di terzi: _____

In ogni caso il Medico precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato:

Eventuali note aggiuntive: _____

Firma e timbro del Medico

Data _____