All. 2

PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

PRESCRIVE

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

Nome e cognome _____

nato a _____il _____/

_____/_____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante:

- ☐ scuola dell'Infanzia _____
- ☐ scuola primaria _____
- ☐ scuola secondaria di primo grado _____
- ☐ scuola secondaria di secondo grado _____

sito/a 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 e/o 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 non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore essendo eseguibile **anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Firma e timbro del Medico

Data _____