Allegato n. 2

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

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome ..... Nome.....

Data di nascita .....Residente a .....

in via ..... Telefono .....

Classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in via .....

Dirigente Scolastico .....

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco .....

Modalità di somministrazione ..... Dose .....

Orario: 1^ dose ... ... 2^ dose ... ... 3^dose ... ... 4^ dose ... ...

Durata terapia: dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco .....

note .....

.....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra