

Modello A

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

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

Cognome Nome

Data di nascita Residente a

Classe della Scuola

sita a in via

Dirigente Scolastico

DEL SEGUENTE FARMACO:

Nome commerciale del farmaco

Diagnosi relativa alla somministrazione del farmaco indicato:

Modalità di somministrazione **Dose**

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

Durata terapia: dal al

Modalità di conservazione del farmaco

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'autosomministrazione del farmaco:

nessuna autonomia

parziale autonomia

piena autonomia

Note/descrizioni interventi

.....
.....
.....
.....
.....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

.....

Il/la sottoscritto/a dott..... autorizza la scuola al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo n. 196/2003 e dell'art.13 GDPR (Regolamento EU 2016/679).

FIRMA