

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI FARA SABINA

Oggetto: **Prescrizione del medico curante alla somministrazione dei farmaci in ambito scolastico**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

La somministrazione di tale farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte di chi lo somministra

ALUNNO/A

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

Data e Luogo di nascita.....Residente a.....

In Via.....Telefono.....

Classe.....Della Scuola.....

Sita a.....in via.....

Del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco.....

Modalità di somministrazione.....Dosaggio.....

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

Modalità di conservazione del farmaco.....

TERAPIA D'URGRNZA

Farmaco.....

Dose.....

Modalità di somministrazione.....

Note.....

Data.....

Timbro e firma del medico