

ALLEGATO N. 3 AL REGOLAMENTO DI ISTITUTO DELL'I.C. ORZINUOVI

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE  
NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI 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: ... .. Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico .....-.....)

dal..... al.....

Terapia di mantenimento: .....

.....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata): .....

.....

Modalità di conservazione del farmaco: .....

Note .....

.....

Data .....

Timbro e firma del Medico

.....