

Allegato n. 1

(Modulistica adottata con DECRETO del Direttore della Direzione Farmaceutica, Protesica, Dispositivi Medici n. 6 del 27.03.2019 su indicazioni della D.G.R. n. 3 del 4.1.2019)

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità della somministrazione del farmaco sottoindicato in ambito ed orario scolastico,

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SOTTOINDICATO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO, ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome

data di nascita luogo di nascita

residente a in via

frequentante la classe della Scuola

sita a in via,

rappresentante legale Dirigente Scolastico prof. Adriano Breda,

del seguente farmaco(*)

nome commerciale del farmaco:.....

modalità di somministrazione:.....

Dose

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

Durata terapia: dal al.

Modalità di conservazione del farmaco:.....

Note:

.....

Data

Timbro e firma del Medico

.....

(*) compilare il modello per ogni farmaco da somministrare