

**Oggetto: PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE DELLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO**

**Si certifica che l'alunn\_:** .....  
nato/a ..... il ..... residente a .....  
in via ....., frequentante la scuola .....  
classe ..... sez. .... affetto da .....

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO DE\_ SEGUENT\_ FARMAC\_**

**NOME COMMERCIALE E FORMA DEL FARMACO**

Nome del farmaco: .....  
Forma farmaceutica: .....  
Principio attivo: .....  
(Si allega Foglio illustrativo del farmaco)

**MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE**

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:  
.....  
.....  
Dose da somministrare: .....  
Modalità di somministrazione: .....  
Durata e tempistiche della terapia:  
.....  
.....  
Modalità di conservazione: .....  
Ulteriori informazioni utili:  
.....  
.....

- Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico;
- Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola (genitori, personale medico o operatori specificatamente formati);
- Possibilità di auto-somministrazione.

Si dichiara che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alla modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Data, .....

Timbro e firma del medico

.....