(allegato A)

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**Vista**

la richiesta dei genitori e constatata l’assoluta nececsità

**Costatato**

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 ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO**

nel seguente caso *(descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco)*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**ALL’ALUNNO/A**

Cognome………………………………………………… Nome……………………………………. data di nascita ……………………………… residente a ……………………………………… in via…………………………………………

Classe/Sezione……………………………….della Scuola ……………………………………………………………

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco …………………………………………………………………

Principio attivo del farmaco………………………………………………………………………

Modalità di somministrazione/procedura di somministrazione ……………………………………. Dose……………………….. Orario: ……………………………………………………………………………………………

Durata terapia: ……………………………………………………………………………………

Modalità di conservazione del farmaco ……………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………….………………

note ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data…………………………….. Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra