



ISTITUTO COMPRENSIVO DI LIMENA

Scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado - Via B. A. Da Limena, 33- 35010 LIMENA (PD)

DISTRETTO n°44 C.M.:PDIC84800P C.F.:92128030282 Tel.0490990001 e fax: 0490990002 pdic84800p@istruzione.it
PEC: pdic84800p@pec.istruzione.it Codice Univoco Ufficio per la fatturazione elettronica: UFUM7L

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

- *da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;*
- *da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.*

**ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,
ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E QUINDI
IN AMBITO SCOLASTICO,
ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI
TIPO SANITARIO**

SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

in via _____

Frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

Sito a _____ in via _____

Affetto da _____

Nel caso in cui si verifichi _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^ dose _____ 2^dose _____ 3^ dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^ dose _____ 2^dose _____ 3^ dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data _____

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista _____

Timbro

Modello conforme all'allegato B del Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019 giunta regionale Regione Veneto