## SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO Allegato 2

### PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICIMA GENERALE/PEDIATRE DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE

II/Ia sottoscritto/a Dr./ssa QuaIifica:

□ Medico di Medicina GeneraIe □ Pediatra di FamigIia □ Medico SpeciaIista deI SSR

Vista Ia richiesta dei genitori/deI genitore/deIIo stesso studente interessato/ …. e constata I'assoIuta necessità:

**PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA**

Nome e cognome

nato a iI / / /CF|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| frequentante Ia cIasse \_ deIIa scuoIa primaria

scuoIa secondaria di primo grado scuoIa secondaria di secondo grado

sita a in Via essendo Io studente affetto da **DEL SEGUENTE FARMACO**

* Principio attivo
* Nome commerciaIe
* Forma farmaceutica
* ModaIità di conservazione, secondo quanto disposto neI Riassunto deIIe Caratteristiche deI Prodotto (RCP) e neI FogIio IIIustrativo deI/i farmaco/i
* Durata deIIa somministrazione (entro i Iimiti deII'anno scoIastico, daI

 aI ; continuativa; aI bisogno)

* Descrizione deII'evento che richiede Ia somministrazione deI farmaco
* Dosaggio, orario di somministrazione, modaIità di somministrazione: auto- somministrazione o da parte di terzi. In ogni caso iI Medico precisa che **la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

## Eventuali note aggiuntive

Firma e timbro deI Medico

Data