

Allegato 2

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

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

si prescrive

la somministrazione dei farmaci sottoindicati, da parte di personale non sanitario, in  
ambito ed in orario scolastico/ ricreativo dell'alunno/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ In \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ dose \_\_\_\_\_

Orario: 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 4<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Note:

**Luogo e data**

**Timbro e firma del Medico**



Allegato 1

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO A SCUOLA**

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti: \_\_\_\_\_  
genitori di: \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola di: \_\_\_\_\_  
essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

- ^ che sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio, dal Dott. \_\_\_\_\_ di cui allegano prescrizione medica.
- ^ che sia instaurata in caso di necessità la terapia d'emergenza, di cui allegano prescrizione medica

Si impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da personale non sanitario a cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione del trattamento.

Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma\*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

