

**PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA
GENERALE/PEDIATRA DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL SERVIZIO SANITARIO
REGIONALE**

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa _____

Qualifica:

☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di Famiglia ☐ Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/e dello stesso studente interessato e constatata l'assoluta necessità:

PRESCRIVE

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

Nome e cognome _____

nato a _____ il ____/____/____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante:

- ☐ scuola dell'Infanzia _____
- ☐ scuola primaria _____
- ☐ scuola secondaria di primo grado _____
- ☐ scuola secondaria di secondo grado _____

sito/a a _____ in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

del seguente farmaco

- Principio attivo _____
- Nome commerciale _____
- Forma farmaceutica _____
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal _al;___ continuativa e/o al bisogno)
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco _____

- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione: _____

- auto- somministrazione o da parte di terzi _____

In ogni caso il Medico precisa che la somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore essendo eseguibile **anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Firma e timbro del Medico

Data
