Prescrizione del medico di famiglia (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

Vista la richiesta dei genitori e accertata l'assoluta necessità si prescrive all'alunno la somministrazione, in orario scolastico, da parte di personale non sanitario, dei farmaci di seguito elencati.

Cognome	Nome_	
		residente
a	in via	
telefono	classe	
scuola		
sita a		
in via		
dirigente scolastico		
del seguente farmaco:		
nome commerciale del farmaco_		
modalità di somministrazione		
dose	, orario	durata
terapia	entro i limiti del singolo anno scolastico (20	/20),
dal, al		
oppure: evento che richiede la sor	mministrazione del farmaco (non	
discrezionale)		
Terapia di		
mantenimento		
Terapia in caso di manifestazioni	acute (eventuale scheda per patologia allegata)	
Modalità di conservazione del		·
farmaco_		

Dichiara, ai fini della somministrazione, che è possibile la somministra	zione da parte del personale
non sanitario.	
Note	
Data.	Timbro e firma del medico
	rimoro e minia del medico