

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatria di libera scelta)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno/a: _____

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____

affetto/a da _____

NECESSITA della somministrazione indifferibile in ambito scolastico, da parte del personale scolastico formato, non sanitario, del farmaco sottoindicato:

SOMMINISTRAZIONE OCCASIONALE

Nome commerciale: _____

Modalità di somministrazione _____ Orario _____ Dose _____

Modalità di conservazione del farmaco :

TRATTASI DI SOMMINISTRAZIONE OCCASIONALE (come per gita scolastica)

del giorno/i _____ DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

Data

Timbro e firma PLS