



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE DI SAN FIOR (TV)

Via I. Mel, 8 31020 San Fior (TV) - Tel. 0438 76077

C.F. 82003430269 C. M. TVIC846005

www.icsanfior.edu.it e-mail tvic846005@istruzione.it PEC: tvic846005@pec.istruzione.it

Allegato n.2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità e poiché ai sensi dell'art. 2 delle Linee Guida del 25 novembre 2005 emanate congiuntamente dal MIUR e dal Ministero della Salute non viene richiesto "il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore",

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____

data di nascita _____ residente a _____

in via _____ telefono _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

sita a _____ in via _____

del seguente farmaco

nome commerciale del farmaco _____

modalità di somministrazione _____ dose _____

orario: 1^a dose _____ 2^a dose _____ 3^a dose _____ 4^a dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

DATA _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra