

**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

**si prescrive all'alunno/a**

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

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

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

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

**la somministrazione,  
da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario 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 terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

\_\_\_\_\_

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno  
e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

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

essendo minore affetto da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci  
come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr \_\_\_\_\_

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

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SI  NO

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

● Pediatra di libera scelta / Medico curante \_\_\_\_\_

● Genitori \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_