

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ nome _____

Data di nascita _____ residente a _____

In via _____.

Frequentante nell'a.s. _____ l'Istituto di Istruzione Superiore Statale "Marco Fanno" di Conegliano, classe _____

Affetto/a da _____

NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL PERSONALE NON SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO

in caso di urgenza dovuta a _____
che si manifesta con la seguente sintomatologia

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione

Dosaggio _____

Modalità di conservazione del farmaco

Note: _____

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato.

Data _____

TIMBRO E FIRMA
DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE