#  Allegato 2

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**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 Scuola

sita a in via

# la somministrazione del seguente farmaco, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico, anche in caso di urgenza in presenza di patologie che possano manifestarsi con sintomatologia acuta, e l’eventuale richiesta dei servizi di emergenza (118 ed altro).

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione Dose

Orario: 1a dose

2a dose

Durata terapia: dal al

Modalità di conservazione del farmaco

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale