

Allegato 1

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/EDUCATIVO***

Considerata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico/educativo/comunitario al minore/studente:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

() Somministrazione quotidiana/programmata (indicare nome commerciale/principio attivo del farmaco, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione)

.....
.....
.....
.....
.....

() Somministrazione in emergenza/urgenza (descrizione dell'evento e delle modalità di somministrazione dei farmaci prescritti):

.....
.....
.....
.....

Modalità di conservazione dei farmaci

.....
.....

Eventuali norme di primo soccorso

.....
.....
.....

Periodo di validità della prescrizione:

(data)

(timbro e firma del Medico)

n. di telefono del medico: _____

Si allega specifica nota informativa.

* include le comunità educative semiresidenziali per minori.