

**Allegato 2**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

*Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità*

SI PRESCRIVE

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

Cognome.....Nome .....

Nato il.....a.....

residente a .....

in via.....

frequentante la classe..... del Liceo .....

sita a ..... in Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto/a da .....

**A) Nome commerciale del farmaco da somministrare:** .....

Somministrazione quotidiana: Dose da somministrare

**Orario:** 1^ dose .....; 2^ dose.....; 3^ dose.....; 4^ dose... ;

Modalità di somministrazione .....

.....

Note.....

.....

Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....

Modalità di conservazione .....

.....

Note .....

.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

Si  No

**B) Nome del farmaco salvavita** .....

Dose da somministrare .....

Modalità di somministrazione .....

.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....

Modalità di conservazione .....

.....

Note .....

.....

Data, .....

Timbro e Firma del Medico curante