# Allegato A

**SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO *PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL***

***SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE***

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

Qualifica: □ Medico di Medicina Generale □ Pediatra di Famiglia □ Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato/ e, constatata l’assoluta necessità:

# PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA**

Nome e cognome

Nato/a a il / / /CF|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe della scuola dell’Infanzia / Primaria / Secondaria di I grado dell’I.C. Leonardo da Vinci, sita a in Via

essendo lo/la studente/ssa affetto/a da:

# DEL SEGUENTE FARMACO

Principio attivo Nome commerciale Forma farmaceutica Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del

Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i

Durata della somministrazione:

(**[ ]**entro i limiti dell’anno scolastico dal al ; **[ ]** continuativa; **[ ]** al bisogno)

Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco

Dosaggio Orario di somministrazione modalità di somministrazione: **[ ]** auto-somministrazione o **[ ]** da parte di terzi.

In ogni caso il Medico precisa che **la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato. Eventuali note aggiuntive:**

È possibile da parte del medico compilatore allegare alla presente prescrizione/piano terapeutico eventuali note aggiuntive/esplicative e/o un piano di azione da seguire in caso di somministrazione del farmaco.

Data Firma e timbro del Medico