**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……………………………….della scuola…………………….………………………………………………………………..……………………………....

sita a …………………………………………..………………inVia………………………………………………………………………………..……………………………………………..

Dirigente Scolastico…………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………

Affetto da…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

## Modalità di somministrazione:..............................................................................

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

**Durata della terapia**:*………………………………………………………………………………………………………………*

## Modalità di conservazione:...................................................................................

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

□ Parziale autonomia □ Totale autonomia

**Terapia d’urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: …………………………………………………..................................................

Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione:……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Dose:..............................................................................................................................................................................................

Modalità di somministrazione: ........................................................................................................................................................

Modalità di conservazione:.............................................................................................................................................................

Note………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………….

**Data,** …………………………………… Timbro e Firma del Medico curante