

**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 Dr./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 \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/CF|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola primaria \_\_\_\_\_

scuola secondaria di primo grado \_\_\_\_\_

scuola secondaria di secondo grado \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

essendo lo studente affetto 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**

Firma e timbro del Medico

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_