

**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 e/o 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 non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore essendo eseguibile **anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

**Eventuali note aggiuntive**

Firma e timbro del Medico

Data \_\_\_\_\_