



ISTITUTO COMPRENSIVO DI RUDIANO

25030 Rudiano - Via de Gasperi, n. 41 - TEL. 0307069017

C.F. 82002390175 - C.M. BSIC86100R

email: bsic86100r@istruzione.it bsic86100r@pec.istruzione.it - internet: www.icrudiano.edu.it

codice univoco ufficio : UFJLBE



Scuole primarie e secondarie di primo grado di Rudiano, Roccafranca e Urago d'Oglio

SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Allegato 2

**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 _____

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: autosomministrazione 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 _____
