

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO**

Si certifica che

l'alunno/a _____

nato il _____ residente a _____ in via _____

frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____ affetto da

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO DA
PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO DE_ SEGUENT_ FARMAC_**

Nome commerciale

Modalità di somministrazione

Dosaggio

Modalità di conservazione

Nome commerciale

Modalità di somministrazione

Dosaggio

Modalità di conservazione

in caso di urgenza dovuta a _____ ed in presenza
della seguente sintomatologia _____

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato

Data

TIMBRO E FIRMA DEL PEDIATRA
O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
