

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA – ex DGR 6919/2017**SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICHINO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE****CERTIFICAZIONE – PIANO TERAPEUTICO***Redatta dal medico che ha in cura l'alunno/a**(Pediatra o medico di Famiglia o Specialista operante nel servizio sanitario nazionale)***Medico:**

Cognome Nome

Qualifica:

Alunno:

Cognome Nome

Data di nascita Codice Fiscale

Scuola Sezione

Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico:

Principio attivo	Nome commerciale	Forma farmaceutica	Modalità di somministrazione	Dosaggio e orario	Periodo	Modalità di conservazione	Evento per il quale somministrare il farmaco
					Dal al		
					Dal al		
					Dal al		

Data

Timbro e firma del medico

Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data

Timbro e firma del Dirigente Scolastico