

MODELLO PER LA **PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE** (PLS/MMG)  
ALLA **SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE**  
DI FARMACI IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

- la somministrazione dei farmaci sottoindicati da parte di personale non sanitario, in ambito e in orario scolastico all'alunno/a
- l'autosomministrazione dei farmaci sottoindicati da parte dell'alunno/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ del Plesso \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Evento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dose

\_\_\_\_\_

Durata terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo di conservazione del farmaco

\_\_\_\_\_

La somministrazione/autosomministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

Eventuali note

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico