**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_____
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 _____ _____