

**PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE**  
(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale)  
**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA**

Relativamente all'alunno/a:

\_\_\_\_\_

Cognome e nome

Nato/a a : \_\_\_\_\_

in data: \_\_\_\_\_

residente in via: \_\_\_\_\_

del Comune di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_

della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in via: \_\_\_\_\_

del Comune di \_\_\_\_\_

affetto/a da: \_\_\_\_\_

*Riportare la patologia diagnosticata*

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- Constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione,
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
- Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi,

**SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA**

la somministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte di personale NON sanitario, in ambito ed in orario scolastico:

**1° FARMACO** Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo, Data

\_\_\_\_\_

Timbro e firma ASL di competenza

\_\_\_\_\_

Timbro e Firma del medico