



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo Giacomo Leopardi

Via Cavour, 26 - 80058 Torre Annunziata (NA) - Tel. 081.5369345 - Fax 081.8626697 - C.F. 90082020638
email: naic8fy007@istruzione.it - PEC: naic8fy007@pec.istruzione.it - web: www.comprensivoleopardi.gov.it

Allegato n. 4

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI
MEDICINA GENERALE O SPECIALISTICA) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO
SCOLASTICO**

(da far compilare al medico)

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 ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____

data di nascita _____ residente a _____

in via _____ Telefono _____

Classe _____ della Scuola _____

sita a _____ in via _____

Dirigente Scolastico _____

FARMACO

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Orario: 1a dose _____ 2a dose _____ 3a dose _____ 4° dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

note _____

Data _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra