



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE e DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo "Marta RUSSO"

Via I. Torsiello, 57 - 00128 ROMA ☎ 065061913- 50659063
Codice fiscale 97199460581

✉ RMIC8B1001@pec.istruzione.it ✉ -RMIC8B1001@istruzione.it



PRESCRIZIONE FARMACI

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

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____
Residente a _____ in via _____
Frequentante la scuola _____ classe _____
Affetto/a da _____

NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DEL PERSONALE NON SANITARIO DEL SEGUENTE FARMACO

Nome commerciale _____
Modalità di somministrazione _____ dosaggio _____
Modalità di conservazione del farmaco _____

In caso di urgenza dovuta a _____
che si manifesta con la seguente sintomatologia _____

Quotidianamente ai seguenti orari: _____

Note _____

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non Sanitario opportunamente
Informato.

TIMBRO E FIRMA

DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

--

(luogo, data)