

Allegato 1

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/EDUCATIVO\***

**Considerata l'assoluta necessità**

**SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE** dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico/educativo/comunitario al minore/studente:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Somministrazione quotidiana/programmata (indicare nome commerciale/principio attivo del farmaco, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Somministrazione in emergenza/urgenza (descrizione dell'evento e delle modalità di somministrazione dei farmaci prescritti):

.....  
.....  
.....  
.....

Modalità di conservazione dei farmaci .....

.....  
.....

Eventuali norme di primo soccorso

.....  
.....  
.....  
.....

Periodo di validità della prescrizione:

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del Medico)

n. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

Si allega specifica nota informativa.

\* include le comunità educative semiresidenziali per minori.