



ISTITUTO COMPRENSIVO “FRANCA ONGARO” LIDO PELLESTRINA

Via S.Gallo,34 – 30126 LIDO DI VENEZIA
Tel. 041 5260994 – Fax 041 5269506
CODICE SCUOLA VEIC840006- C.F. 94071390275
E-mail : veic840006@istruzione.it

ALLEGATO B al Decreto n. 6 del 27.03.2019 Regione Veneto

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Da consegnare ai genitori /responsabili genitoriali dell’alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;
da inviare in copia all’Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) **da parte del medico curante prescrittore**

**ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,
ACCERTATA LA NECESSITA’ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E
QUINDI AMBITO SCOLASTICO,
ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE
DI TIPO SANITARIO**

SI PRESCRIVE PER L’ALUNNO/ALUNNA

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____ della scuola _____

Sita a _____ in via _____

Affetto da _____

Nel caso in cui si verifichi _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGENTE/I FARMACO/I

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO

MODALITA’ DI SOMMINISTRAZIONE

DOSE _____

ALLEGATO B al Decreto n. 6 del 27.03.2019 Regione Veneto

ORARIO 1^a dose _____ 2^a dose _____ 3^adose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

DOSE _____

ORARIO 1^a dose _____ 2^a dose _____ 3^adose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista

Timbro