

Allegato 2

CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

(da compilare a cura del medico)

Si certifica per il minore

Cognome Nome

nato/a ila

Residente aIn via

l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il seguente farmaco, e pertanto si prescrive:

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione

Via di somministrazione

Modalità di somministrazione

Durata terapiadal

al.....

Evento per il quale è prevista la somministrazione

Modalità di conservazione del farmaco

Modalità di intervento e somministrazione
.....

Eventuali note
.....

.....
.....

Effetti collaterali
.....

Luogo e data

Timbro e firma del medico
