**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA**

**(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)**

**PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l’assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL’ALUNNO/A**

Cognome ………………………………………… Nome……………………………………………………..

data di nascita ………………………. residente a …………………………………………………………….

in via ………………………………………………………………..…. Telefono ………………………….

della classe …………….. del Liceo Artistico Preziotti – Licini della sede di ………………….…………… Dirigente Scolastico prof.ssa Annamaria Bernardini

**DEL SEGUENTE FARMACO**

Nome commerciale del farmaco …………..…………….…………………………………………………….

modalità di somministrazione ……………………..………………………….. dose ………………………..

orario: ……….. … durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico ...…-.…...) dal….….. al……....

*oppure:* Evento che richiede la somministrazione del farmaco (non discrezionale)

…….……………………………………………………………….…….…………….………………………………………………….…….……………………………………………………………….…….…………

Terapia di mantenimento:

………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata):

………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Modalità di conservazione del farmaco:

………………………….………………………………………………………………………………………

Dichiara, ai fini della somministrazione, che è possibile la somministrazione da parte del personale non sanitario

Note ……………………………………………………….………………………………………………………….

…………………..………………………………………………………………………………………………

Data ……………… Timbro e firma del Medico

…………………………………………………...

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI**

Io sottoscritto ..............................................genitore/tutore dell’alunno/a ............................................

frequentante la classe ....................... del Liceo Artistico Preziotti – Licini di Fermo

**CHIEDO**

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_