

Oggetto: Prescrizione del medico curante per **l'auto-somministrazione dei farmaci** in ambito scolastico.

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ dichiara che
l'alunno/a _____ nato/a il _____
residente a _____ in via _____
e frequentante la classe /sezione _____ della scuola dell'infanzia
primaria secondaria di primo grado di _____
necessita della somministrazione del seguente farmaco

nome commerciale del farmaco _____

evento _____

Dose e modalità di auto-somministrazione _____

Orario 1^ dose _____ 2^ dose _____ 3^ dose _____ 4^ dose _____

Durata della terapia _____

Modalità di conservazione _____

Eventuali note di primo soccorso _____

PERTANTO

Il/la sottoscritto/a

- dichiara che il proprio assistito è stato educato ad una corretta assunzione del/dei farmaco/i e conferma che l'auto-somministrazione non comporta danni;
- si rende disponibile a fornire tutte le indicazioni utili al trattamento del caso e alla spiegazione pratica di come assistere il minore durante l'auto-somministrazione

Data _____

Timbro e firma del medico curante
