

**ISTITUTO COMPRESIVO "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 del 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 IN 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 SEGUENTE/I FARMACO/I**NOME COMMERCIALE del farmaco**

.....

MODALITA DI SOMMINISTRAZIONE.....
.....
.....**DOSE**.....
.....
.....

ALLEGATO B al Decreto n. 6 del 27.03.2019 Regione del VenetoORARIO 1^a dose _____ 2^a dose _____ 3^a dose _____

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^a dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista

Timbro
