

**ISTITUTO COMPRENSIVO 3**  
*"Vincenzo Scamozzi"*

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) O MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Si certifica che l'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
affetto/a da \_\_\_\_\_

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL  
PERSONALE NON SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO**

in caso di urgenza dovuta a \_\_\_\_\_  
che si manifesta con la seguente sintomatologia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Dosaggio \_\_\_\_\_ Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato e che non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico pertanto, il personale scolastico presente al momento dell'urgenza, ha l'obbligo di somministrare il farmaco pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA  
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O  
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE