**Allegato 1**

### PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

Il minore (Cognome)............................................................ (Nome) ....................................................................

classe ............ sezione ............ plesso .................................................................

**Necessita**

**Della somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

**Della definizione di un piano di assistenza**

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/dei farmaco/i

................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

Durata della terapia ...............................................................................................................................................

*(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)*

Modalità di conservazione

................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

È prevista l’autosomministrazione da parte dell’alunno dei farmaci indicati, sotto la supervisione di un adulto.

La definizione di un piano di assistenza è richiesta per .........................................................................................

................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

Data, .................................................. Timbro e firma del Medico Curante