***Allegato 2***

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

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

***Vista la richiesta dei genitori e constatata l’assoluta necessità***

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO ALL’ALUNNO

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

Nato il………………………………………………….a…………………………………………………………………………………………

Residente a…………………………………………………………in via……………………………………………………N……………….

Frequentante la classe………………della Scuola……………………………………………………………………………………………

Sita a………………………………………………in via………………………………………………………………………………………..

Dirigente scolastico………………………………………………………………………………………………………………………………

Affetto da…………………………………………………………………………………………………………………...

# Nome commerciale del farmaco da somministrare:

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

**FARMACO SALVAVITA** SI • NO •

# Modalità di somministrazione:

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

**Orario:** 1^ dose ....................; 2^ dose……….……….; 3^ dose……….………….; 4^ dose………….…………..

**Durata della terapia**:*……………………………………………………………………………………………………..*

**Modalità di conservazione**:...............................................................................................................................

Capacità dell’alunno/a ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

□ Parziale autonomia □ Totale autonomia

Terapia d’urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare: …………………………………………………..................................................

Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione:……………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. Dose:..............................................................................................................................................................................................

Modalità di somministrazione: ........................................................................................................................................................

Modalità di conservazione:.............................................................................................................................................................

**SI ATTESTA**

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall’allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

**Data,** ……………………………………

# Timbro e Firma del Medico curante