

***U***

***MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO***

**ISTITUTO COMPRENSIVO TIVOLI III**

**Via Leonina,6 – 00019 – Villa Adriana Tivoli -RM**

 fax 0774/534705 - 0774/380515 C.F. 86007030587 – C.M. RMIC8G0006 - CODICE UNIVOCO UFFICIO UFBPP6 RMIC8G0006@istruzione.it RMIC8G0006@pec.istruzione.it SITO: [www.tivolitre.edu.it](http://www.tivolitre.edu.it/)

SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

Piano Individuale di Intervento

Anno scolastico ……………………………………………..…….. Data …………..……………….

Alunno ………………………………………… nato a ………………..…………….. il ………..…..

Frequentante la classe ……………. nella scuola ………………………. nel plesso ………….

Alla presenza di:

Genitori ………………………………………… ……...……………………………………………

Medico …………………………………….……

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE

NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL’ALUNNO/A SU INDICATO/A

Nome commerciale del farmaco …………………………………………………………………………

Modalità di conservazione del farmaco ………………………………………………………………..

Descrizione dei sintomi per i quali occorre al bisogno somministrare i farmaci secondo

l’allegata autorizzazione medica: ……….….…………………….………………...………………………

…..………………… ……………………………………………………………………………....………………

………………………………………………………………………………………………….…………………… Modalità di somministrazione …………………………………….…………………………………………

………………………………………………………………………………………… dose ……………………

SI DICHIARA CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COMPETENZE DI

TIPO SANITARIO, NÉ L’ESERCIZIO DI DISCREZIONALITÀ TECNICA DA PARTE DELL’ADULTO

Eventuali Note:

…………………………………………………………………………………….…………………………

……………………………………………………………………………………………………….………

Firma Genitori Timbro e Firma Pediatra o Medico Firma del Dirigente

Data