Allegato 3

CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Si certifica per il minore

Cognome

Nome .....

Nato il a .....

Residente a .....

In via .....

Iscritto *c/o* la scuola ..... .

Classe .....

l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il seguente farmaco, e pertanto si prescrive:

Nome commerciale del farmaco ..... .

Dose e modalità di somministrazione ..... .

Via di somministrazione ..... .

Orario 1^ dose..... .....2^dose .....3^ dose ..... 4^ dose ..... .

Durata terapia

dal a

oppure

Evento per il quale è prevista la somministrazione ..... .

Modalità di conservazione del farmaco .....

Eventuali note .....

.....

Effetti collaterali .....

Luogo e data ..... .

Timbro e firma del medico