

<p>PARROCCHIA DEI SANTI MARTINO E LAMBERTO  <i>Scuola dell'Infanzia "SAN GIUSEPPE"</i>  <i>Nido integrato</i>  Via Roma 293 - ARSEGO  35010 SAN GIORGIO DELLE PERTICHE - PD  Tel/fax. 049.5742061</p> <p>E-mail: <a href="mailto:materna-arsego@libero.it">materna-arsego@libero.it</a>  PEC: <a href="mailto:scuolaarsego@pec.fismpadova.it">scuolaarsego@pec.fismpadova.it</a>  Sito internet: <a href="http://www.scuolainfanziaarsego.it">www.scuolainfanziaarsego.it</a> (in costruzione)</p>	<p><b>PRESCRIZIONE DEL MEDICO  CURANTE ALLA  SOMMINISTRAZIONE DI  FARMACI IN AMBITO  SCOLASTICO</b></p> <p>DA COMPILARE A CURA DEL PEDIATRA DI  LIBERA SCELTA O DELLO SPECIALISTA  DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE ALLA  COORDINATRICE</p>	<p>Mod Pres. Somm.  Farmaci</p> <p>Rev. 0</p> <p>Pag. 1 di 1</p>
--	--	--

**VISTA LA RICHIESTA DEI GENITORI E CONTESTATA L'ASSOLUTA NECESSITA'**

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO PER L'ALUNNO/A**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la sezione \_\_\_\_\_

Della Scuola dell'Infanzia "San Giuseppe"  
Del Nido Integrato alla Scuola dell'Infanzia "San Giuseppe"

Affetto da \_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichi \_\_\_\_\_

**DEL SEGUENTE FARMACO**

**NOME COMMERCIALE** del farmaco \_\_\_\_\_

**MODALITA' Di SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_

**DOSE** \_\_\_\_\_

**ORARIO** 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^dose \_\_\_\_\_ 3^ dose \_\_\_\_\_

**Durata della terapia** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Eventuali effetti collaterali** \_\_\_\_\_

**Modalità di conservazione del farmaco** \_\_\_\_\_

**Note** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del pediatra di libera scelta/Specialista

Li \_\_\_\_\_

Timbro

