



# ISTITUTO COMPRESIVO STATALE MARIA MONTESSORI

Viale Italia n. 9 - 91011 – ALCAMO (TP) – Tel. 0924-21906 - Fax 0924-26856  
C.F. 80004560811 – Sito web: [www.icmontessorimirabella.edu.it](http://www.icmontessorimirabella.edu.it)  
Email: [tpic81100q@istruzione.it](mailto:tpic81100q@istruzione.it) - PEC: [tpic81100q@pec.istruzione.it](mailto:tpic81100q@pec.istruzione.it)



## ALLEGATO C

### IN AMBITO SCOLASTICO

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 E IN ORARIO SCOLASTICO**

### DATI RELATIVI ALL'ALUNNO/A

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

data di nascita \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

### EVENTO CHE RICHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

---

---

---

### TEMPI E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

---

---

---

### DOSE

---

---

---

---

**Orario:**

1° dose \_\_\_\_\_ 2° dose \_\_\_\_\_

3° dose \_\_\_\_\_ 4° dose \_\_\_\_\_

**DURATA TERAPIA**

---

**MODALITÀ DI CONSERVAZIONE**

---

---

---

---

**EVENTUALI NOTE DI PRIMO SOCCORSO**

---

---

---

---

La somministrazione del farmaco può essere effettuata da personale non sanitario e l'intervento non è discrezionale in relazione ai tempi, alla posologia, alla modalità di somministrazione, alla conservazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico o del pediatra

---