



CITTÀ DI
CIAMPINO

CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE

SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ
SERVIZI EDUCATIVI E PUBBLICA ISTRUZIONE
Palazzina C - Largo Felice Armati, 1 00043 Ciampino (RM)
Pec: protocollo@pec.comune.ciampino.roma.it
Mail: e.lusena@comune.ciampino.roma.it

Allegato B

Al Dirigente Scolastico
Della Scuola Comunale C. COLLODI
Avv. Elena Lusena

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO 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 ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO/A

Cognome.....

Nome

.....

Nato/a il a.....

Residente a

In

via.....

..... Frequentante la sezione della Scuola Comunale

dell'infanzia Collodi sita a Ciampino in Viale di Marino n. 80

Affetta/o da

.....

.....

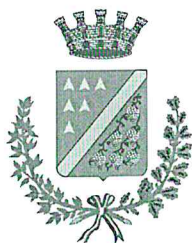
nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco.....



CITTÀ DI
CIAMPINO

CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE

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

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a
dose.....;

Durata della terapia:
.....
.....

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

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la
somministrazione.....
.....

Dose:
.....
.....

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:

Note.....
.....

Luogo e data il

Timbro e Firma del Medico curante
.....