

All. 3

**CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN ORARIO SCOLASTICO**

Si certifica per il minore

Cognome Nome

Nato il a.....

Residente a Via/Piazza

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 al

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