



Scuola dell'Infanzia "Giovanni XXIII" Via Marconi, 76 – 36030 Caldogno Vi  
Tel. 0444 585020 - sito [www.infanziacaldogno.it](http://www.infanziacaldogno.it)  
e-mail [infanziacaldogno@gmail.com](mailto:infanziacaldogno@gmail.com)

REGIONE DEL VENETO

**Allegato B al Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

- da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;
- da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

**ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,  
ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO  
E QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,  
ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI  
SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO**

**SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA**

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

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

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto Scuola dell'Infanzia Giovanni XXIII  
Sito a Caldogno , Via Marconi 76

Affetto da

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I**

**NOME COMMERCIALE** del farmaco

---

**MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE**

---

---

---

---

---

---

---

**DOSE**

---

---

---

---

**ORARIO** 1<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>^</sup>dose \_\_\_\_\_ 3<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_

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

**Modalità di conservazione del farmaco**

---

**Note**

---

---

---

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

---

**MODALITÀ Di  
SOMMINISTRAZIONE**

---

---

---

---

**DOSE**

---

---

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

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

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

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

Data Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro