



**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

Allegato B

**Al Dirigente Scolastico
Della Scuola Comunale C. COLLODI
Avv. Giovanni Giaquinto**

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

SI CERTIFICA

Lo stato di malattia dell'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

Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato.

Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:

☐ Salvavita

Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.



**CITTÀ DI
CIAMPINO**
CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGR 653/2015).

Si rilascia al genitore dello/a Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa.

In fede

Timbro e Firma del Medico

PIANO TERAPEUTICO

Studente/essa

Cognome Nome Cod. Fiscale _____

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

Modalità di somministrazione:

Orario: 1[^] dose; 2[^] dose.....; 3[^] dose.....; 4[^] dose.....;

Durata della terapia:

.....
.....

Modalità di conservazione:

.....
.....

☐ Capacità dello studente/essa ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco: ☐ Sì ☐ No

Durata della terapia: dal / / al / /



CITTÀ DI
CIAMPINO

CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE

Note.....

.....

Luogo e data il

Timbro e Firma del Medico curante

.....