

Al Dirigente scolastico
dell'IC di Vinovo

Io sottoscritto _____ , medico curante di
_____, nato a _____ , il _____

PRESCRIVO

La somministrazione del/i farmaco/i sotto indicato/i, da parte di personale non sanitario, in ambito e orario scolastico.

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Orario somministrazione _____

Durata della terapia _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data

Firma e timbro del medico