



PRESCRIZIONE MEDICO CURANTE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Vista la seguente patologia (di cui viene allegato il certificato di diagnosi):

da cui è affetta/o l'alunna/o

Cognome _____ Nome _____

frequentante la classe _____ dell'I.I.S. Euganeo di Este (PD);

nata/o a _____,

il _____,

residente a _____,

in via _____;

constatatane l'assoluta necessità, si prescrive la somministrazione dei farmaci sotto indicati, **in ambito ed orario scolastico**.

INDICAZIONI TERAPEUTICHE FINALIZZATE AD UNA CORRETTA GESTIONE DELLA SITUAZIONE

Diagnosi: _____

Sintomatologia: _____

Nome commerciale del farmaco: _____

Modalità di somministrazione: _____



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE EUGANEO

Via Borgofuro, 6 - 35042 Este (PD) - **PDIS026002** - **CF 91023830283**
Tel. 0429.21.16 - Fax 0429.41.86 – www.iiseuganeo.cloud
pdis026002@istruzione.it - pdis026002@pec.istruzione.it
segreteria.didattica@iiseuganeo.cloud, segreteria.personale@iiseuganeo.cloud
dirigente@iiseuganeo.cloud



Dose: _____

Modalità di conservazione: _____

Data _____

Timbro e firma del Medico

Recapiti telefonici utili:

➤ Pediatra di libera scelta/MMG/Specialista:

Cellulare: _____

Ambulatorio: _____