

Allegato 2

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DURANTE I CENTRI RICREATIVI ESTIVI O SEZIONI ESTIVE DI SCUOLA DELL'INFANZIA**

Visto il piano terapeutico e constatata l'assoluta necessità, **si prescrive la somministrazione**, durante il servizio Estivo (orario: 08.00 -17.00) da parte di personale non sanitario, **al minore**:

Cognome ..... Nome.....

Data di nascita .....Residente a .....

In Via ..... n. civico: .....Tel.....

**del seguente farmaco:**

Nome commerciale del farmaco: .....

Modalità di somministrazione: .....

Dose: .....

Orario della somministrazione: .....

Durata terapia dal..... al .....

Terapia di mantenimento: .....

.....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata): .....

.....

Modalità di conservazione del farmaco: .....

Note .....

.....

E' prevista formazione specifica per il personale che verrà incaricato della somministrazione richiesta: SI NO

Se sì, lo scrivente si impegna a formare il personale e chiede di essere contattato ai seguenti

recapiti: tel..... mail.....

Data ..... Timbro e firma del Medico