



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale Como Albate

p.zza IV Novembre, 1 – 22100 Como Tel. 031 524656

Sito web: www.icscomoalbate.edu.it e-mail: coic81200t@istruzione.it

pec: coic81200t@pec.istruzione.it



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA

Fondo sociale europeo
Fondo europeo di sviluppo regionale

Allegato B2: compilazione a cura del PLS/MMG

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto _____

OGGETTO: Autorizzazione e prescrizione per la somministrazione farmaco **INDISPENSABILE** (a cura del Pediatra di Libera Scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG))

L'alunno/alunna:

Cognome Nome

Nato il..... a

Residente ain via/piazza

.....n.civico.....affetto dalla

seguinte patologia

. necessita della somministrazione, in ambito e orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE:

Nome commerciale del farmaco:

.....

Dose di somministrazione del farmaco:

.....

Modalità di somministrazione del farmaco:

.....

Modalità di conservazione del farmaco:

.....





Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale Como Albate

p.zza IV Novembre, 1 – 22100 Como Tel. 031 524656

Sito web: www.icscomoalbate.edu.it e-mail: coic81200t@istruzione.it

pec: coic81200t@pec.istruzione.it



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA

Fondo sociale europeo
Fondo europeo di sviluppo regionale

Note.....
.....

Si certifica che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario. Si certifica che il farmaco può essere portato al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, visite e viaggi di istruzione

Luogo e data _____

Timbro e firma del PLS/MMG

FUTURA

 **LA SCUOLA
PER L'ITALIA DI DOMANI**

 Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

 *Ministero dell'Istruzione
e del Merito*

 **Italiadomani**
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza