



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

Via F.sco FERLAINO – 88046 LAMEZIA TERME -- Tel. 0968 23025 – fax 0968 400084  
www.ic-manzoni-augruso.edu.it -- e-mail [czic863005@istruzione.it](mailto:czic863005@istruzione.it) / [czic863005@pec.istruzione.it](mailto:czic863005@pec.istruzione.it)  
c.f. 82006260796 – c.m. CZIC863005

Alla Dirigente Scolastica  
I.C. "Manzoni-Augruso"  
Lamezia Terme

Prescrizione medica per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico

- VISTA la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

La somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed orario scolastico all'alunno/a :

cognome ..... , nome ..... ,  
data di nascita ...../...../..... , residente in Via ..... ,  
telefono ..... , classe ..... , della scuola ..... ,  
sita a ..... , in Via ..... , Dirigente Scolastico .....  
..... ,

del seguente farmaco

Nome del farmaco .....

Modalità di somministrazione .....

Modalità di conservazione ..... ,

note \_\_\_\_\_

luogo e data

timbro e firma del medico