

PRESCRIZIONE MEDICA PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI TECNICI IN ORARIO SCOLASTICO

Ai sensi dell'art. 4.1 della DGR 50/2014, gli interventi in ambito scolastico possono avere luogo nei seguenti casi e condizioni: a) l'assoluta necessità dell'intervento durante l'orario scolastico; b) che l'intervento non richieda il possesso di abilitazioni specialistiche di tipo sanitario, nè una discrezionalità tecnica o, se richiesta, sia esercitata entro parametri pre-definiti".

IL MINORE

Cognome e Nome* _____ Nato il * _____

CF/STP/ENI* _____ (16 caratteri)

Scuola* _____ Classe/Sezione* _____

Telefono: genitore 1 * _____ genitore 2* _____

DIAGNOSI* per la quale è necessaria la somministrazione di farmaci in orario scolastico:

***(CAMPI OBBLIGATI)**

☐ **ALTRE EVENTUALI PATOLOGIE/CONDIZIONI CONCOMITANTI CHE POSSONO CONDIZIONARE LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO (SPECIFICARE)**

(campo NON obbligato; ma se la voce viene fleggata, OBBLIGATORIO SPECIFICARE)

☐ **ALUNNO MAGGIORENNE O PROSSIMO ALLA MAGGIORE ETA', NON AUTOSUFFICIENTE**

INTERVENTO da realizzare in orario scolastico

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO _____

- da realizzare IN MODALITA' PROGRAMMATA nel seguente ORARIO/FASCIA ORARIA

e/o

- da realizzare IN CASO DI NECESSITA' nel seguente EVENTO/CIRCOSTANZA

EVENTUALI NOTE _____

Si rilascia il presente certificato/prescrizione su richiesta del genitore del minore, ai sensi e fini previsti dalla DGR 50-7641 del 21 maggio 2014.

NB: EVENTUALI CORREZIONI/INTEGRAZIONI DEVONO ESSERE CORREDATE DA DATA, TIMBRO E FIRMA DEL PRESCRITTORE.

IL PRESENTE MODULO EDITABILE DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, TRASFORMATO IN PDF NON MODIFICABILE E FIRMATO DIGITALMENTE

FIRMA Digitale o Timbro e Firma del medico*

Data* _____
*(campo obbligato)**