

**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 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI** per la quale è necessaria la realizzazione dell'intervento in orario scolastico:

Altre **PATOLOGIE CONCOMITANTI** che possano condizionare la gestione scolastica dell'intervento richiesto

**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.***

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO**

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Eventuali correzioni/integrazioni devono essere controfirmate e datate dallo stesso medico prescrittore.

Le prescrizioni incomplete, poco chiare, o manomesse non potranno essere utilizzate per la formazione del personale scolastico.