

**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 a .....

in via/piazza ..... n.civico ....

affetto dalla seguente 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: .....

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