

AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residente Telefono

Scuola Sezione

Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico

Nome principio attivo del farmaco

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione

.....

.....

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia

.....

.....

Modalità di conservazione.....

.....

Evento per il quale somministrare il farmaco.....

.....

Eventuali note di primo soccorso

.....

Modalità di conservazione

.....

Data

Timbro e firma del medico

.....

Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data

Timbro e firma del Dirigente Scolastico
