

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
(da compilare a cura del medico curante dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

Cognome e Nome dell'alunno _____

Luogo e Data di nascita _____

Residente _____ Telefono _____

Scuola _____ Classe _____

Dirigente scolastico _____

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico dei seguenti farmaci:

Nome commerciale del farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

Orario 1a dose _____ 2a dose _____ 3a dose _____ 4a dose _____

Possibili effetti collaterali ed intervento necessario per affrontarli

Durata terapia _____

Modalità di conservazione _____

Evento _____

Avvertenze _____

Eventuali note di primo soccorso _____

Data

Timbro e firma del medico