

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome Nome

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

Durata terapia.....

Modalità di conservazione.....

.....

Evento

.....

Avvertenze

.....

.....

Eventuali note di primo soccorso

.....

Data

Timbro e firma del medico