

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO**

Cognome Nome

Data di nascita Residente Telefono

Scuola Classe

Dirigente scolastico

Constata 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.....

.....

Nome commerciale del farmaco

Evento

.....

Dose e modalità di somministrazione

Eventuali note di primo soccorso

.....

Modalità di conservazione.....

.....

Data

Timbro e firma del medico

.....