

Autorizzazione per la somministrazione dei farmaci salvavita in ambito scolastico

Al Dirigente scolastico
Dell' I.C Merliano Tansillo- T. Vitale
NOLA

Il minore (Cognome) (Nome)
nato il..... luogo di nascita
residentetelefono.....
scuolaclassesez.....

Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome principio attivo del farmaco/i.....
nome commerciale del/i farmaco/i.....
modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)
.....
.....

durata della terapia
(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)
.....
.....

Modalità di conservazione.....
È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

Eventuali note di primo soccorso.....
.....

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
