

Dipartimento Cure Primarie

**Autorizzazione per la somministrazione di
farmaci in orario ed ambito scolastico***Al Dirigente Scolastico/Responsabile di Strutture Educative/Direttore
dell'Ente di Formazione Professionale della Scuola/Ente di Formazione:*

Via _____

Località _____ Provincia _____

Constatata la assoluta necessità **si prescrive** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario e ambito scolastico al bambino/a – ragazzo/a:**Cognome e Nome** _____**Data e Luogo di Nascita** _____

Residente _____ in Via e n° _____

Tel. _____ Frequentante la Classe _____

della Scuola / Servizio Educativo / Ente di Formazione _____

Anticipo _____ Posticipo _____ Trasporto _____

A) SOMMINISTRAZIONE QUOTIDIANA DEL FARMACO**Nome Commerciale del Farmaco** _____Durata della terapia: ☐ Per il ciclo scolastico in corso ☐ Per tutto l'anno scolastico in corso
☐ Dal _____ al _____

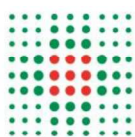
Modalità di conservazione:

Nota:

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Capacità dell'alunno minorenne ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

SI' ☐ NO ☐



Dipartimento Cure Primarie

B) SOMMINISTRAZIONE AL BISOGNO / IN EMERGENZA**Si prescrive** la somministrazione dei farmaci sotto indicati al bambino/a – ragazzo/a:**Cognome e Nome** _____**Data di Nascita** ____ / ____ / ____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

Nome Commerciale del Farmaco _____Durata della terapia: ☐ Per il ciclo scolastico in corso ☐ Per tutto l'anno scolastico in corso☐ Dal _____ al _____

Modalità di conservazione:

Nota:

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Capacità dell'alunno minorenne ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

SI' ☐ NO ☐

Data ____ / ____ / ____

Medico (Timbro e Firma)