

Loghi AUSL

Servizio di

Fac-simile di autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico

.....
Via
Località Provincia

Constatata la assoluta necessità **SI AUTORIZZA** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico al bambino/ragazzo

Cognome e Nome
data e luogo di nascita
residente a
in Via e n° Tel.
frequentante la classe

A) Somministrazione quotidiana del farmaco

Nome commerciale

Durata della terapia: 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

B) somministrazione al bisogno / in emergenza

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

.....
.....

Nome commerciale del farmaco

Durata della terapia: per tutto l'anno scolastico
 dal al

Modalità di conservazione

.....

Nota:

.....
.....

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

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

SI N

Data

Medico AUSL (Timbro e Firma)