



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)