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

Cognome …………………………………………………….. Nome …………….………………..…………………….………… Data di nascita ……………….……………………………… Luogo di nascita …………………………………………………. Residente …………………..……………………………………………………………….. Telefono ………….……….......... Scuola ……………………….………………..……………………….. Sezione ……………………………………………….…………

Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico

Nome principio attivo del farmaco ………………………………………………………………………….……....

 Nome commerciale del farmaco ………………………………………………………………………….……....

Dose e modalità di somministrazione ………………………..…………….…………………………………..…….. ………..…….…………………..…………………………………………………………………………………………………………..…….…………………..……………………………………………………………………………………………

 Eventuali precisazioni sulla durata della terapia …………...……………………………………………………....... ………..…….…………………..……………………………………………………………………………………………………………………. ………..…….…………………..……………………………………………………………………………………………

Modalità di conservazione……………………………………………………………………………………………… …………………….…………………………………………………………………………………….…… ………………………………………………………………………..………………………………………………………

Evento per il quale somministrare il farmaco…………………………………………..……….………………………..… …………………………………………………………………………………………………………………………………… Eventuali note di primo soccorso ……………..………………………………………….………………………………………….…………… …………………………………………………………………………………………..………………………………………Modalità di conservazione .…………………..…………………………………….………………………………………………… ………………………………………………………………….………………………………………………………………

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_