

MODULO
Autorizzazione per la Somministrazione di Farmaci in Ambito Scolastico

Constatata l'assoluta necessità **SI AUTORIZZA** la somministrazione in ambito scolastico
all'alunno/a _____ nato il ___ / ___ / ___
residente in _____
telefono _____

iscritto nell'anno scolastico _____ nella classe _____ sez. _____ della

- Scuola dell'Infanzia
- Scuola Primaria
- Scuola Secondaria di Primo Grado

dei seguenti farmaci:

Nome commerciale del farmaco	
Dose e modalità di somministrazione	
Orario 1° dose	
Orario 2° dose	
Orario 3° dose	
Orario 4° dose	
Durata terapia	
Modalità di conservazione	
Eventuali note di primo soccorso	

Data _____ / _____ / _____

Timbro e firma del medico

MODULO

**Autorizzazione per la Somministrazione
di Farmaci in Ambito Scolastico**

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti _____

Genitori dell'alunno _____

Frequentante nell'anno scolastico _____ la classe _____ sez. _____ della

- Scuola dell'Infanzia
- Scuola Primaria
- Scuola Secondaria di Primo Grado

CHIEDONO

- sia continuata a scuola la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica

N.B.

- I genitori comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
- S'impegnano a fornire il farmaco al personale scolastico.
- Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Luogo _____, _____ / _____ / _____

FIRMA dei GENITORI

