Allegato 3

RICHIESTA – AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome …………………………………………………nome………………………………………………….

Data di nascita ……………….………residente………………………………………telefono…………………..

Scuola …………………………………………………….…………classe………………………..sez. …………

Dirigente Scolastico ………………………………………….…………………………………………………….

Constata l’assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico

dei seguenti farmaci:

1. nome commerciale del farmaco ……………………………………………………………………………….

dose da somministrare…………………modalità di somministrazione………………….…………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

durata della terapia …………………………………………………………………………………………………

modalità di conservazione del farmaco…………………………………………………………………………….

# Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco ………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………..

…………… li …………………. Timbro e firma del medico

…………………………………………….

Firma per presa visione dei genitori

…………………………………………

…………………………………………