

Autorizzazione medica per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Statale Superiore "M.Curie" di Savignano sul R/ne
Liceo scientifico/Tecnico Tecnologico/Professionale Moda

Per il tramite di (genitori o alunno maggiorenne)

Constatata la assoluta necessità si AUTORIZZA la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome
data e luogo di nascita.....
residente ain via.....tel.

Capacità (dichiarata dalla famiglia/medico curante) dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del

farmaco (barrare la scelta): SI NO

Nome commerciale del farmaco/principio attivo

Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare: 1° dose..... / 2° dose.....
.....

3°dose...../ 4° dose.....

Modalità di somministrazione

.....
.....

Somministrazione al bisogno:

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

.....
.....

Dose da somministrare.....

Modalità di somministrazione

.....

Modalità di conservazione del farmaco.....

Note eventuali di Primo Soccorso e/o possibili effetti collaterali.....

.....

Note di formazione specifica per personale scolastico

.....

Luogo e data

Medico AUSL (Timbro e Firma)

.....