

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

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ in Via/P.zza/C.so _____

Telefono _____ E-mail _____

Scuola _____ Plesso _____ Classe _____ 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 _____

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
