

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA
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
.....