

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**  
(da compilare a cura del medico curante dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

Cognome e Nome dell'alunno \_\_\_\_\_  
Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_  
Residente \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_  
Dirigente scolastico \_\_\_\_\_

**Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico dei seguenti farmaci:**

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orario 1a dose \_\_\_\_\_ 2a dose \_\_\_\_\_ 3a dose \_\_\_\_\_ 4a dose \_\_\_\_\_

Possibili effetti collaterali ed intervento necessario per affrontarli

\_\_\_\_\_

Durata terapia \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Evento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avvertenze \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuali note di primo soccorso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

Timbro e firma del medico