

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

L'alunno/a _____ nato/a _____

Frequentante la sez./classe _____ di Scuola _____

necessita della seguente terapia farmacologica, ritenuta di assoluta necessità e che non ha alternative alla somministrazione in orario scolastico

	Nome commerciale del farmaco	Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco
dose e modalità di somministrazione		
orario della 1° dose		
orario della 2° dose		
orario della 3° dose		
durata della terapia		
Modalità di conservazione		

Data , _____

_____ (Timbro e firma medico)

I genitori dell'alunno/a di seguito identificato/a

Cognome
Nome
Data di nascita
Indirizzo
Telefono reperibile
Scuola
Dirigente Scolastico

Considera l'assoluta necessità di terapia farmacologica da eseguirsi in ambito ed orario scolastico, autorizzano il Dirigente Scolastico a provvedere all'attuazione della prescrizione e sollevano personale scolastico o volontario da ogni responsabilità sanitaria derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dalla prescrizione sopra riportata.

Data, _____

_____ Firma del genitore