

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

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente _____

Telefono _____

Scuola _____ Classe _____

Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico

Nome commerciale del farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

Orario: 1^a dose _____; 2^a dose _____; 3^a dose _____; 4^a dose _____;

Durata terapia _____

Modalità di conservazione _____

Nome commerciale del farmaco _____

Evento per il quale somministrare il farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

NOTE DI PRIMO SOCCORSO _____

Indicare se è stato predisposto un protocollo di intervento e se è stata effettuata la formazione degli operatori scolastici incaricati _____

Modalità di conservazione _____

Data _____

Timbro e firma del medico



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GIOVANNI VERGA"
di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Scuola Secondaria di 1^a grado

97013-COM150(RC)- VIA ROMA - C.F. 82001520889 - C.M. RGIC816006
☎ 0932/961233 - ☎ 0932/731796 - ✉ rgic816006@istruzione.it ✉ rgic816006@pec.istruzione.it

Constatata l'assoluta necessità, si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico.

Data. ___/___/___

Timbro e firma del Dirigente Scolastico
Prof.ssa Grazia Maria Caruso