Protocollo 0008534/2026 del 17/07/2026

ALLEGATO 1

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE

DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(compilazione a carico del medico)

Cognome …….. Nome ……

Data di nascita ……. Residente …… tel……

Scuola …… Classe……

constata 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 …….. 3 a dose …….. 4°a dose ……

Durata terapia ……..

Modalità di conservazione ……

……..

Nome commerciale del farmaco ……

Evento ……

Dose e modalità di somministrazione ……

Eventuali note di primo soccorso ……

……

Modalità di conservazione …….

Data ……. Timbro e firma del medico