

Somministrazione farmaco - certificazione e autorizzazione

L'alunno/a _____ nato/a il _____ 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	-
classe	-
dirigente scolastico	-

considerata 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 il personale scolastico o volontario da ogni responsabilità sanitaria derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dalla prescrizione sopra riportata.

Opera / Rozzano, _____

(firma del genitore)

(firma del Dirigente scolastico)