

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

Cognome ..... Nome .....  
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 1a dose ..... 2a dose ..... 3a dose ..... 4a dose .....  
Durata terapia.....  
Modalità di conservazione.....

Nome commerciale del farmaco .....  
Evento per il quale somministrare il farmaco.....

Dose e modalità di somministrazione .....  
Eventuali 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

\_\_\_\_\_

---

**Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia  
prescritta in ambito e orario scolastico**

Data

Timbro e firma del Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_