

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Autorizzazione - a. sc. _____

plesso "S. Francesco "G. Verdi" "E. Fermi" "G. Saccon" classe _____

Medico curante: dott. _____

Cognome e nome dell'alunno _____ data di nascita _____

Constatata l'assoluta necessità, si autorizza la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei seguenti farmaci

INDICAZIONI	FARMACO n. 1	FARMACO n. 2
Nome commerciale del farmaco		
Evento (descrizione situazione di necessità)		
Dosi e modalità di somministrazione		
Orari		
Durata terapia		
Luogo e modalità di conservazione		
Eventuali note di primo soccorso		

Dichiara che la somministrazione dei farmaci di cui sopra è tale da poter essere effettuata anche da personale non specializzato, pertanto non in possesso di cognizioni specifiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

Data

Timbro e firma del medico curante

Gentile Dottore/Dottoressa, la informiamo che i dati contenuti nella presente certificazione saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.