

TIMBRO DELL'AZIENDA SANITARIA o del Medico curante

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORI  
IN AMBITO SCOLASTICO**

COGNOME:..... NOME:.....  
DATA DI NASCITA:..... LUOGO:.....  
TELEFONO:.....  
SCUOLA:..... CLASSE/SEZIONE:.....  
DIRIGENTE SCOLASTICO:.....

Constatata la assoluta necessità si autorizza a somministrare in ambito dell'orario scolastico il/i seguenti farmaci:

1 - Nome commerciale del farmaco:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orario 1^ dose..... Orario 2^ dose..... Orario 3^ dose..... Orario 4^ dose.....

Durata della terapia \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del prodotto: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

2 - Nome commerciale del farmaco:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orario 1^ dose..... Orario 2^ dose..... Orario 3^ dose..... Orario 4^ dose.....

Durata della terapia \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del prodotto: \_\_\_\_\_

Data:

Timbro e firma del medico curante

\_\_\_\_\_

N.B.: Compilare in stampatello in modo chiaro e leggibile