

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE – SPRESIANO

Via Ugo Foscolo, 4 – 31027 Spresiano (TV)

Tel: 0422-725223 fax 0422-725684

Cod.Fisc: 80027900267 – C.M.: TVIC 838006

e-mail: segreteria@icspresiano.it – tvic838006@istruzione.it

posta certificata: istitutocomprensivospresiano@ecert.it – tvic838006@pec.istruzione.it

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

Cognome..... Nome.....

Data di nascita.....Residente.....Tel.....

Scuola.....Classe.....

Dirigente Scolastico.....

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

Nome del farmaco.....

.....

Dose.....

Modalità di somministrazione

Orario 1^a dose..... 2^a dose..... 3^adose

Durata terapia.....

Modalità di conservazione.....

Evento.....

Eventuali note di primo soccorso.....

.....

.....

Data.....

Timbro e firma del medico

.....

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. SPRESIANO

Il sottoscritto _____ genitore

di _____ classe _____ plesso _____

chiede la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico

per l'anno scolastico _____

Si allega modulo

"AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO"
compilato e sottoscritto dal medico curante.

Data _____

Firma
