



Fagnano Olona,

**SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**  
**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE A.S. \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_**

COGNOME ..... NOME .....

DATA NASCITA ..... LUOGO .....

RESIDENZA .....

RECAPITI TELEFONICI .....

SCUOLA ..... CLASSE .....

**NECESSITA DELLA SEGUENTE TERAPIA IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO**

Patologia.....

Nome commerciale del farmaco .....

Eventuali effetti collaterali del farmaco.....

Dose e modalità di somministrazione .....

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

Il medico dichiara che le modalità di somministrazione del farmaco, la dose da somministrare e la modalità di conservazione non sono soggetti a discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco.

Durata terapia .....

Modalità di conservazione .....

Evento per il quale somministrare il farmaco

.....

.....

Eventuali note di primo soccorso .....

Data .....

Timbro e firma del medico

.....