

ALLEGATO N. 3 - Autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile struttura educativa
Scuola/Istituto Comprensivo.....
.....
Via.....
Località.....Provincia.....

e p.c. Ai Genitori di

Constatata la assoluta necessità SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico/educativo a :

Cognome e Nome

nato a prov.....il...../...../.....

residente a.....cap..... prov.

in vian°

tel.....oppure n°

che frequenta la classe sezdella scuola

sita in Località.....cap. prov.:

Vian°

A) Somministrazione quotidiana:

Nome commerciale del farmaco
.....

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

Orario e dose da somministrare (barrare la scelta):

- Mattina ore.....dose.....
- Pranzo ore.....dose.....
- Pomeriggio ore.....dose.....

Modalità di conservazione

Note per eventuali effetti collaterali
.....
.....

Note di formazione specifica per personale incaricato
.....
.....

Il farmaco deve sempre seguire il bambino/ragazzo in ogni spostamento al di fuori dell'edificio scolastico.

Salvo diverse comunicazioni, il presente protocollo si intende tacitamente rinnovato per tutta la durata del ciclo scolastico

Data

Medico PLS/PdC (Timbro e Firma)

.....

Recapiti telefonici del PLS/PdC

indirizzo e.mail