

**INDICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO  
A CURA DEL MEDICO  
(sostituibile con Piano individuale di cura aggiornato qualora la patologia lo preveda)**

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

Luogo e Data di nascita .....

Residente ..... Telefono .....

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

Dirigente scolastico .....

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

Patologia: .....

Nome commerciale del farmaco .....

Dose e modalità di somministrazione .....

Orario 1a dose ..... 2a dose ..... 3a dose ..... 4a dose .....

Durata terapia.....

Modalità di conservazione.....

.....

Evento .....

.....

Avvertenze .....

.....

.....

Eventuali note di primo soccorso .....

.....

Data .....

Timbro e firma del medico

**Sostituibile con certificato del medico contenente tutte le indicazioni di questo modello**

**Si prega di compilare il modulo in tutte le sue parti**