

Certificazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo

AUSL Servizio di

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative/Direttore Ente di Formazione

Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio/Ente

Nome.....

Via.....

Località.....Provincia.....

Constatata la assoluta necessità SI **PRESCRIVE** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed

ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome

Nato a il

residente ain Via..... tel.

iscritto alla classe Scuola /Servizio Educativoa.s.

A) Nome commerciale del farmaco

Durata della terapia: dalal

1 A) Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina / h.dose...../

Pasto (prima, dopo, h.)dose..... /

Pomeriggio (h.) dose.....

Modalità di somministrazione

.....
.....

2 A) Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....
.....
.....
.....

