



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

Via Roma 51 - 20014 Nerviano (MI) - Tel: 0331587220 - Fax: 0331584028

Email miic85300x@istruzione.it miic85300x@pec.istruzione.it - sito www.icnerviano.edu.it

AII. 2

MODULO DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO (da compilare a cura del Medico)

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residente Telefono

Scuola Sezione

Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico

Nome principio attivo del farmaco

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione

.....
.....

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia

.....
.....

Modalità di conservazione.....

.....

Evento per il quale somministrare il farmaco.....

.....

Eventuali note di primo soccorso

.....

Modalità di conservazione

.....

Data

Timbro e firma del medico (obbligatorio)

.....

Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data _____



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Pasquale MOREA
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, co. 2 D.Lgs 39/93