

Il minore (Cognome) (Nome)

nato il.....residente a

Necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....

modalità di somministrazione: orari, dose, via di somministrazione, conservazione

.....

.....

.....

durata della terapia

(*Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi*)

.....

.....

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

.....

Data,

timbro e firma del medico