

PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELL'AMBITO SCOLASTICO

Relativo all'alunno:

Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

non sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

Il dirigente scolastico,

- Acquisita la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà) - Allegato 1,
- Acquisita l' autorizzazione alla somministrazione di farmaci nell'ambito scolastico - Allegato 2,

AUTORIZZA

L'autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno

La corretta conservazione dei farmaci avverrà tramite:

Conservazione in frigorifero a temperatura

Conservazione lontano dalla luce o fonti di calore.

Conservazione fuori dalla portata dei bambini.

Altro:

Data, _____

Il Dirigente Scolastico