**ALL B2**

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDISPENSABILI**

**IN AMBITO SCOLASTICO**

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

……………………………………………………………………….