



Istituto Omnicomprensivo Sannazzaro de' Burgondi

via J. Sannazzaro, 16 - 27039 Sannazzaro de' Burgondi

Tel. 0382/997435

C.M. PVIC80900G - C.F. 91003770186 - C.U.U. UFVFAH

email pvic80900g@istruzione.it - email pec pvic80900g@pec.istruzione.it

sito web <http://www.icmariangelamontanari.edu.it>



A.S. 202_____/202_____

CERTIFICAZIONE E AUTORIZZAZIONE

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO	
EVENTO CHE DETERMINA L'ESIGENZA DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO	
DOSE	
MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	
ORARIO DELLA 1^ DOSE	
ORARIO DELLA 3^ DOSE	
ORARIO DELLA 3^ DOSE	
DURATA DELLA TERAPIA	
MODALITA' DI CONSERVAZIONE	

Data, _____

timbro e firma medico _____

I genitori dell'alunno di seguito/a di seguito identificato/a

COGNOME E NOME:
DATA E LUOGO DI NASCITA:
INDIRIZZO:
TELEFONO REPERIBILE:
SCUOLA FREQUENTATA
CLASSE E SEZIONE

considerata l'assoluta necessità di terapia farmacologica da eseguirsi in ambito ed orario scolastico, **autorizzano** il Dirigente Scolastico a provvedere all'attuazione della prescrizione, **precisano** che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si autorizza l'intervento e sollevano il personale scolastico o volontario da ogni responsabilità sanitaria derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dalla prescrizione sopra riportata.

DATA	FIRMA DEL GENITORE	IL DIRIGENTE SCOLASTICO (dott.ssa Paola Pavesi)