Il minore (cognome)…………………………………………….(nome)……………………………………………………..

Nato il ……………………………..residente a……………………………………………………………………………………

# NECESSITA

**□ la somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Le indicazioni per la somministrazione dei farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Durata della terapia ………………………………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

È prevista l’autosomministrazione dei farmaci indicati da parte dell’alunno **□**

Data, ……………………………………………………………