

CERTIFICATO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

Dott.re.....

Data rilascio.....

DATI ALUNNO

Nome.....

Cognome.....

Data di nascita.....

Plesso frequentato.....

DICHIARAZIONE ASSOLUTA DI NECESSITA'

La somministrazione del farmaco in orario scolastico è assolutamente indispensabile e non differibile. La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario o l'esercizio da parte dell'adulto di una discrezionalità di natura tecnica.

DETTAGLI DEL FARMACO

Nome commerciale esatto del farmaco salvavita

.....
.....

MODALITA' DI CONSERVAZIONE

- ☐ Temperatura ambiente
- ☐ Frigorifero
- ☐ Riparo dalla luce
- ☐ Altro (specificare).....

PIANO TERAPEUTICO DETTAGLIATO

POSOLOGIA: dose esatta da somministrare

.....
.....

MOMENTO DI SOMMINISTRAZIONE:

.....
.....

Firma