

Loghi AUSL

Servizio di .....

**Fac-simile di certificazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito educativo/scolastico**

Al responsabile servizi educativi/dirigente scolastico/direttore di  
ente di formazione professionale

.....

Via.....

Comune.....Provincia.....

Constatata la assoluta necessità **si prescrive** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito  
educativo/scolastico al bambino/a – alunno/

Cognome e Nome .....

data e luogo di nascita.....

residente a .....

in Via e n°..... tel famiglia .....

frequentante la sezione / Classe .....

del Servizio educativo/Scuola/Ente di formazione .....

**A) Somministrazione quotidiana del farmaco**

Nome commerciale .....

Durata della terapia:

per tutto l'anno educativo / scolastico in corso

dal ..... al .....

Modalità di conservazione .....

.....

Nota .....

.....

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Capacità dell'alunno minorenni ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta): SI' NO

**B ) Somministrazione al bisogno / in emergenza**

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....  
.....  
.....

Nome commerciale del farmaco .....

Durata della terapia:

per tutto l'anno educativo / scolastico in corso

dal ..... al .....

Modalità di conservazione .....

.....

Nota:

.....  
.....

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Capacità dell'alunno minorenne ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta): SI NO

Data .....

Medico AUSL (Timbro e Firma)