

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale
"A. Moro" Cislago (VA)

Alunno/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ in _____
della classe _____ sez. _____ della Scuola ☐ Primaria ☐ Secondaria

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: _____

Cislago, _____

(timbro e firma del medico)=====
Constatata l'assoluta necessità, si autorizza la somministrazione della terapia
prescritta in ambito e orario scolastico

Cislago, _____

(firma del Dirigente Scolastico)