



Istituto Professionale di Stato Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità
Alberghiera "G. Minuto"

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome Nome

Data di nascita luogo di nascita

Residente Telefono

Scuola Sezione

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

.....
.....

Modalità di conservazione

.....
.....

Data

Timbro e firma del medico curante