



"Asilo Infantile Margherita e Andrea Coniugi VERNA

Campidoglio – Martinetto"

Scuola paritaria

c.f.80061870012 P.I.04050030016

Via Musinè 8 – To – Tel. 011. 7493564

e-mail: info@asiloverna.it sito web: www.asiloverna.it

CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

SI CERTIFICA per il minore

CognomeNome.....

Nato il..... aPR.....

Residente ain via

Iscritto presso la scuola dell'infanzia A. Verna sez.....per l'A.S.....

L'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrare in ambito ed orario scolastico il seguente farmaco da parte di personale non sanitario, e pertanto SI PRESCRIVE:

Nome commerciale del farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

Via di somministrazione _____

Durata terapia _____ dal _____ al _____

Oppure

Evento per il quale è prevista la somministrazione _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Eventuali note _____

Effetti collaterali che potrebbero verificarsi _____

SI DICHIARA che tale somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del somministrante.

Torino, _____

Timbro e firma del medico
