

Allegato B1: compilazione a cura del PLS/MMG

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto _____

OGGETTO: Autorizzazione e prescrizione per la somministrazione farmaco SALVAVITA (a cura del Pediatra di Libera Scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG))

L'alunno/alunna:

Cognome Nome

Nato il..... a

Residente a

in via/piazza n.civico

affetto dalla seguente patologia:.....

.....

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

necessita della somministrazione, in ambito e orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA:

Nome commerciale del farmaco:

Dose di somministrazione del farmaco:

Modalità di somministrazione del farmaco:

Modalità di conservazione del farmaco:

Note.....

.....

Si certifica che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario.

Si certifica che il farmaco può essere portato al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, visite e viaggi di istruzione

Luogo e data _____

Timbro e firma del PLS/MMG