



A) Somministrazione quotidiana del farmaco

Nome commerciale

Durata della terapia:

per tutto l'anno 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): SÌ NO

Data

Medico AUSL (Timbro e Firma)