



"Asilo Infantile Margherita e Andrea Coniugi VERNA
Campidoglio – Martinetto"
Scuola paritaria
c.f.80061870012 P.I.04050030016
Via Musinè 8 – To – Tel. 011.7493564 Cell. 3756650421
e-mail: info@asiloverna.it sito web: www.asiloverna.it

**CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
SALVAVITA E DI ASSOLUTA NECESSITA' IN ORARIO SCOLASTICO**

SI CERTIFICA per il minore

Cognome.....Nome.....

Nato/a il.....a.....PR.....

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

**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
