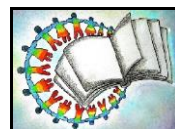




**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
ROVELLASCA**

Cod. Min. COIC831007
C.F. 80018640138



AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI DA BANCO¹ IN ORARIO SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a:
Nome e Cognome _____
nato a _____ il ____/____/____/ frequentante la classe
_____ della scuola primaria _____
scuola secondaria di primo grado _____
sita a _____

**AUTORIZZA IL MINORE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DEL SEGUENTE FARMACO CHE
VIENE DATO IN CONSEGNA ALLA SCUOLA:**

- Principio attivo:.....
- Nome commerciale:.....
- Forma farmaceutica:.....
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle
Caratteristiche del Prodotto e nel Foglio Illustrativo del farmaco:
.....
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal
_____ al _____);
- In caso di somministrazione ripetuta nel corso dell'anno scolastico, si prega di
darne notizia periodicamente nel diario.
- Descrizione dell'evento /sintomo che richiede la somministrazione del farmaco:
.....
.....
- Dosaggio, orario, modalità di autosomministrazione:
.....
.....

Si ricorda di ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico.

Data

Firma

¹ Un farmaco da banco (FdB), anche detto OTC (dall'inglese Over The Counter, sopra il banco), è un farmaco da automedicazione dispensato direttamente dal farmacista al paziente senza obbligo di prescrizione medica.

