

**CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE
PER L' AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN ORARIO SCOLASTICO**

Si certifica che il minore

Cognome Nome

nato il a

residente a in via

frequentante la scuola classe

*ha raggiunto la completa autonomia per l'autosomministrazione in orario scolastico del seguente
farmaco e pertanto si prescrive:*

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di auto somministrazione

Via di autosomministrazione

Orario 1[^] dose 2[^] dose 3[^] dose 4[^] dose

Durata terapia dal al

oppure

Evento per il quale è prevista l'autosomministrazione

Modalità di conservazione del farmaco

Eventuali note

Effetti collaterali

Luogo e data

.....

Timbro e firma del medico

.....