

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI DURANTE LA PRESENZA  
NELLE STRUTTURE DEL SISTEMA EDUCATIVO PROVINCIALE DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE  
SECONDO LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI 25.11.2005 E LA DELIBERA GP 1592/2013  
(compilare un modulo per ogni farmaco)**

Nome e cognome del bambino/a o alunno/a:

Data di nascita:  Luogo di nascita:

Residente a:

Istituzione:  Classe/Sezione:

Dirigente dell'Istituzione:

**Constatata la necessità**

**S I A U T O R I Z Z A**

**la somministrazione durante la permanenza nella struttura del seguente farmaco:**

Malattia da trattare:

Nome commerciale del farmaco:

Dose e modalità di somministrazione:

Orario di somministrazione:

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Eventuali note di primo soccorso:

Data e firma dei genitori/ esercenti la responsabilità genitoriale/ studente/essa maggiorenne	Data, timbro e firma del medico

**ERMÄCHTIGUNG ZUR VERABREICHUNG VON MEDIKAMENTEN WÄHREND DES  
AUFENTHALTES IN DEN EINRICHTUNGEN DES BILDUNGSSYSTEMS DES LANDES IM SINNE  
DES ARTIKELS 1, ABSATZ 5, DES LANDESGESETZES VOM 16. JULI 2008, NR. 5  
(für jedes Medikament ein eigenes Formular ausfüllen)**

Vor-und Zuname des Kindes bzw. Schüler/in:

Geburtsdatum:  Geburtsort:

Wohnhaft in:

Einrichtung:  Klasse/Sektion:

Führungskraft der Einrichtung:

**Nach Feststellung der Notwendigkeit wird die Verabreichung des folgenden Medikamentes während des  
Aufenthalts in der Einrichtung**

**ERMÄCHTIGT:**

Zu behandelnde Krankheit:

Handelsname des Arzneimittels:

Dosis und Art der Verabreichung:

Zeitplan der Verabreichung:

Dauer der Therapie:

Aufbewahrung des Arzneimittels:

Eventuelle Anmerkungen zu Notfällen:

Datum und Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten / volljährigen Schülerin bzw. Schülers	Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes