

**RICHIESTA ED AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE
DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
ANTRAG UND GENEHMIGUNG ZUR VERWALTUNG
VON DROGEN IM SCHULBEREICH**

Il/La sottoscritto/a _____, nata a
_____ (____), il _____, residente a
_____ indirizzo: _____

In qualità di genitore dell'alunno/a _____ nata a
_____ il _____ iscritto presso la scuola bilingue "Il Girasole".

*Der/die Unterzeichnete _____, geboren in _____ (____),
am _____, wohnhaft in _____ Anschrift:*

*Als Elternteil des Schülers _____ geboren in
_____ am _____ in der zweisprachigen Schule „Il Girasole“
eingeschrieben.*

**DICHIARA CHE AUTORIZZA L'INSEGNANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DELLA SEGUENTE
TERAPIA IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO
ERKLÄRT, DASS ES DEN LEHRER ERMÄCHTIGT, DIE FOLGENDE THERAPIE IN DER SCHULE UND
DEN SCHULZEITPLAN ZU VERWALTEN**

Nome commerciale del farmaco/ Handelsname des Medikaments	
Nome principio attivo del farmaco/ Wirkstoffname des Medikaments	
Posologia/Posologie	
Durata della terapia/Dauer der Therapie	Dal/Von al/bis
Modalità di conservazione/ Methode der Konservierung	
Evento per il quale si somministra il farmaco/Ereignis, für das das Medikament verabreicht wird	

Data e luogo/ Ort und Datum

Firma del genitore/Unterschrift der Eltern

