



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
I.C. ALBERTO MANZI

SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Piano Individuale di Intervento

Anno scolastico Data

Alunno nato a il

Frequentante la classe nella scuola nel plesso

Alla presenza di:

Genitori

Medico Personale scolastico

Descrizione dei sintomi per i quali occorre al bisogno somministrare i farmaci secondo l'allegata autorizzazione medica:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Modalità di Intervento Personalizzato:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Eventuali Note:

.....
.....

Firma Genitori

Firma Medico Curante

Firma personale scolastico

I.C. A. Manzi

Via Trento snc – 00011 Villalba di Guidonia - Roma - C.F. 94032680582- C.M. RMIC89900T
Tel/fax 0774354450 - - ✉ RMIC89900T@istruzione.it

TEST CENTER ECCL