

Al dirigente scolastico dell'IC
"Cesare Pavese Candelo Sandigliano"
Via Casale 9
13876 Sandigliano (BI)

**OGGETTO: INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI
IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO**

Il minore

Cognome..... Nome

Nato il..... a..... Residente a

In via.....

affetto dalla seguente patologia:.....

presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia farmacologica:

1. Nome del farmaco da **somministrare quotidianamente:**

.....

Modalità di somministrazione

Orario di somministrazione/dose

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

e/o

2. Nome del farmaco da **somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:**

.....

Modalità di somministrazione

Dose:.....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

e/o

3. **presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:**

.....

Modalità di esecuzione:

Orario di esecuzione dell'intervento/i.....

Eventuali note e durata della terapia:

.....

.....

.....

Luogo e data

Timbro e firma del medico