

**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/piazza N.

affetto dalla seguente patologia:.....

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

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....

Modalità di somministrazione

Orario di somministrazione/dose.....

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

e/o

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:.....

Eventuali note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Timbro e Firma del Medico