



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

Al Dirigente scolastico
Al Direttore
dell'agenzia formativa

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:***

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: _____

e/o

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:

Modalità di esecuzione: _____

Orario di esecuzione dell'intervento/i: _____

Eventuali note:

Luogo e data _____

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico