

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

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 la seguente terapia farmacologica:

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

Orario di somministrazione:

*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: