

**Allegato 3**

**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:***

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***