



**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