

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