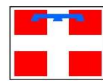


Allegato 3



REGIONE PIEMONTE

**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO DI CERRINA MONFERRATO**

di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado
Via Dante Alighieri, 21 – 15020 – Cerrina Monferrato (AL)

E-mail: alic811001@istruzione.it – PEC: alic811001@pec.istruzione.it

Sito web: www.iccerrina.edu.it – Telefono: 0142-94109

Codice meccanografico istituto: ALIC811001 – Cod. Fisc. 91018750066

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