**PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA**

**Allegato alla circ. n. 55 del 07.10.2020**

**All. A1**

*(a cura del Pediatra/medico di libera scelta; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)*

**INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

Il minore Cognome ……………………………….……………… Nome ...........................................................................

Nato il ..................................……... a ….......................…….

Residente a ………...............................................

In via/piazza ...……........................................................……………………………………………………… N. ………...

affetto dalla seguente patologia ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

necessita della somministrazione del seguente farmaco

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Modalità di somministrazione ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dose

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Eventuali note:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Timbro del Pediatra /MMG**