

 <p>ISTITUTO COMPRESIVO Buttigliera Alta - Rosta</p>	<p><b>ISTITUTO COMPRESIVO STATALE BUTTIGLIERA ALTA -ROSTA</b></p> <p>P.ZZA DEL POPOLO N.8 10090 - BUTTIGLIERA ALTA TEL.011/9321324 - FAX. 011/9370564 E-MAIL: <a href="mailto:TOIC8AF001@ISTRUZIONE.IT">TOIC8AF001@ISTRUZIONE.IT</a> PEC: <a href="mailto:TOIC8AF001@PEC.ISTRUZIONE.IT">TOIC8AF001@PEC.ISTRUZIONE.IT</a> C.F.95616110011</p>	
--	--	---

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