***ALLEGATO 2***

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELL’II. SS. E. MEDI**

 **DI PALERMO**

**INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVA VITA E/O PER L’ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO**

Il minore

Cognome ……………………………….……………………. Nome ...........................................................................

Nato il..................................... a........................................ Residente a ................................................

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

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:.....................................................................................................

**Eventuali note:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………..................................................**

**……………………………………………………………………………………………………………………...................**

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

 **Timbro e Firma del Medico**