**Allegato B Al Dirigente Scolastico**

**dell’ITET “Leonardi da Vinci”**

**Di Milazzo (ME)**

**OGGETTO**: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) *(a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale))*

Il minore

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

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

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

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 di Libera Scelta /MMG**