

**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**