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 ……...…………………………………………………………….........................................

Orario 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:............................................................................................................................................................

Moncalieri, ..........................

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**