

**Al dirigente scolastico della scuola paritaria dell'infanzia
SNOOPY F.P.G.
Via M. Accursio, 7/11- 90124 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:

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