**Allegato B Alla Dirigente Scolastica**

**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**