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**