ALLEGATO 2

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Bosco Summa Villa Somma VES. 3

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