**Allegato 2**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’ISC “G.Cestoni”**

 **Montegiorgio (FM)**

**Dott.ssa Simona FLAMMINI**

**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**