**( ALLEGATO B )**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’Istituto Comprensivo di UGENTO**

**Via Goldoni, 73059 UGENTO (LE)**

**INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

*(a cura del Pediatra; dopo la compilazione consegnare in segreteria / Dirigente Scolastico)*

Il minore:

Cognome ……………………………….……………..…………Nome ...........................................................................

Nato il..................................... a......................……. Residente a ......................................................

In via/piazza ............................................................………………………………………………………… N. …….….

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 e firma del Pediatra /MMG**