**Allegato A2**

**Alla Dirigente Scolastica**

**dell’IC “T. Tasso”**

**Bisaccia (AV)**

**OGGETTO**: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) *(a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale)***.**

Il/la minore

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

Nato/a 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**