

Allegato B

**Al Dirigente Scolastico
Dell'IIS CESARE BATTISTI DI VELLETRI**

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 e firma del Pediatra di Libera Scelta /MMG