

.....

**Allegato B**

**Al Dirigente Scolastico**

**OGGETTO:** indicazioni per la somministrazione farmaco (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**

**Allegato D**

**Al Dirigente Scolastico**