**Allegato 3**

**INDICAZIONI**

**PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI e/o PER L’ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO**

***Il minore***

Cognome……………………………………….

Nome ............................................................

Nato il........................... a...............................

Residente a ...................................................

In via............................................................……………………………………………………...

affetto dalla seguente patologia :…………………………………………………………………..

***presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia farmacologica:***

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

................................................................................................................................................ Modalità di somministrazione ................................................................................................................................................

Orario di somministrazione/dose ................................................................................................................................................

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:..............................................................................

*e/o*

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in

urgenza / emergenza:……………………………………………………………………………….

Modalità di somministrazione .................................................................................................

Dose:.......................................................................................................................................

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:..............................................................................

***e/o***

***presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:***

*…………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………*

Modalità di esecuzione:

 ...............................................................................................................................................

Orario di esecuzione dell’intervento/i

................................................................................................................................................

Eventuali note:

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………..................

…………………………………………………………………………………………………………

Luogo e data

 Timbro e firma del medico (1)

**(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l’intervento specifico**