

**Allegato B**

**Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. "Giovanni Verga"  
Canicattì**

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

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità,

si prescrive la somministrazione dei farmaci sottoindicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed orario scolastico all'alunno

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 salvavita

.....

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

.....

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

Salvavita  Indispensabile

Modalità di somministrazione:

.....

Orario: 1^ dose .....; 2^ dose.....; 3^ dose.....; 4^ dose.....;

Durata della terapia:

.....  
.....

Modalità di conservazione:

.....  
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

Parziale autonomia

Totale autonomia

**Eventuali note:**

.....

.....

.....

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG**