**Allegato B**

 **Al Dirigente Scolastico**

 **del Secondo Circolo Didattico di**

 **Biancavilla.**

**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 del Pediatra di Libera Scelta /MMG**