

Allegato B

**Al Dirigente Scolastico
ICS MONTE AMIATA
20089 ROZZANO**

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:

Il sottoscritto DICHIARA INOLTRE

Che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco; pertanto, il personale scolastico nominato può procedere alla somministrazione pur in assenza di competenze specifiche in materia sanitaria.

Luogo e data

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta/MMG