****

MINISTERO DELL’ISTRUZIONE

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “ROSETTA ROSSI”**

Infanzia – Primaria -Secondaria I Grado – Sezione Ospedaliera “San Camillo”

Via F. Borromeo 53/57 C.A.P.00168 ROMA /fax 06/6281239 - 06/6145764

rmic8g300n@istruzione.it; rmic8g300n@pec.istruzione.it

C.M. RMIC8G300N – C.F. 97714010580

**Allegato B Alla Dirigente Scolastica**

**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**