**Allegato B**

# Alla Dirigente Scolastica

# dell’ISS Mario Rutelli

# Palermo

**OGGETTO**: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) *(a cura del Pediatra)*

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**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma e timbro del Pediatra /MMG**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_