Allegato 3

Al Dirigente scolastico dell’I.C. Via Regina Elena

**OGGETTO: RICHIESTA DA PARTE DEL MEDICO CURANTE DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI DELL’I.C. VIA REGINA ELENA DA PARTE DEL PERSONALE IN SERVIZIO**

Il minore (Cognome) ……………………………………… (Nome) …………….............................nato a ……………….………..il …………………. ,

**Necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Le indicazioni per la somministrazione (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l’esercizio di discrezionalità tecnica*) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

**nome commerciale del/i farmaco/i**

…………………………………………………..…………………………………………………………

**modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)**

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………………….

**durata della terapia** …………………………………………………………………….………………………………………..

*(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)*

………………………………………………..…………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………………… **Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso**

……………………………………………………………………………………………………………...

Civitanova Marche, ……………..

 Timbro e firma del medico