|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | |
|  | **Istituto Comprensivo Statale “Archimede-La Fata”**  Viale della Regione, 32 – 90047 Partinico – PA - Tel. 0918901303- Fax 0918909263  e-mail: [paic8aw00b@istruzione.it](mailto:paic8aw00b@istruzione.it) – Cod. min. PAIC8AW00B – C.F. 80028840827 | | | |

**Allegato 2**

**Al Dirigente Scolastico**

**Mariarosa Tarantino**

*NB (a cura del Pediatra; dopo Ia compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)*

**INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZlONE DI FARMACI**

II minore

Cognome……………………………………………………………………

Nome ……………………………………………………………………….

Nato il ................................ a...............................................

Residente a .........................................................................................

Via.................................................................................n……..

affétto 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 e firma del Pediatra /MMC