



ISTITUTO COMPRENSIVO DI CANALE
Viale del Pesco, 6 – 12043 CANALE CN – Tel./Fax 0173 979115
e-mail: comprensivo.canale@gmail.com
cnic82200q@pec.istruzione.it
www.iccanale.edu.it

ALLEGATO 3

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO

Il minore

Cognome.....

Nome

Nato il..... a

Residente a

In via

affetto dalla seguente patologia:

.....

presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la
seguente terapia farmacologica:

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....

Modalità di somministrazione

.....

Orario di somministrazione/dose

.....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:

.....

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in
urgenza/emergenza:

.....

Modalità di somministrazione

.....

Dose:

.....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:

.....

e/o

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:

.....

Modalità di esecuzione:

.....

Orario di esecuzione dell'intervento/i

.....

Eventuali note:

.....
.....
.....
.....

Luogo e data

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico