|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Immagine che contiene simbolo, logo, Carattere, cerchio  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene emblema, simbolo, cresta  Descrizione generata automaticamente |
| UNIONE EUROPEA | REGIONE CALABRIAAssessorato Istruzione, Alta Formazione e Ricerca | REPUBBLICA ITALIANA |

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

 “Paolo Borsellino” 

Via Lavinium s.n.c. – 87020 SANTA MARIA DEL CEDRO (CS**)**

Tel. e Fax 0985/5462-5731 - C.F. 92011810782 - C. M. CSIC83700R

[www.icsantamariadelcedro.edu.it](http://www.icsantamariadelcedro.edu.it) e-mail: csic83700r@istruzione.it pec: csic83700r@pec.istruzione.it

Scuola Secondaria I Grado ad indirizzo musicale

**Allegato B Al Dirigente Scolastico**

**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**