

Il minore (Cognome) (Nome)
 nato il..... residente a

Necessita

☐ **La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

☐ **La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....

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

.....

durata della terapia

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

.....

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno ☐

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per

Data,

timbro e firma del medico