

Il minore (Cognome) ..... (Nome) .....

nato il.....residente a ..... classe .....

### 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**