

Spett.le

Istituto Scolastico _____

Oggetto: Somministrazione farmaci salvavita.

I sottoscritti _____ genitori dell'alunno _____ frequentante la classe _____, comunicano con la presente che il loro figlio è affetto dalla seguente patologia _____ per la quale potrebbe rendersi necessaria _____ la _____ somministrazione _____ del _____ seguente _____ farmaco d'urgenza: _____ come da documentazione medica che si allega.

Come risulta dal foglio illustrativo allegato al farmaco lo stesso deve essere conservato con le seguenti modalità:

I_I in luogo fresco ed asciutto;

I_I in frigorifero a temperatura non superiore a gradi _____

La somministrazione è necessaria nei seguenti casi:

Nel caso in cui il minore manifestasse i seguenti sintomi:

dovrà essere allertata in via d'urgenza la centrale operativa del servizio sanitario nazionale 112 (118) con indicazione precisa di richiesta d'urgenza precisando che l'alunno è in cura presso l'Ospedale: _____

Data

Firma

Io sottoscritto dott. _____ in qualità di medico curante del minore _____ nato a _____ il _____ dichiaro che le indicazioni terapeutiche sono state da me apposte in data _____

Dott. _____
