Allegato B **Al Dirigente Scolastico**

OGGETTO: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) *(a cura del 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 MMG