**Allegato B Al Dirigente Scolastico**

**Del Liceo Scientifico “B. Croce”**

**Palermo**

**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**