

Allegato B

Al Dirigente Scolastico  
I.C.S. "Guglielmo II"  
Monreale

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