

Allegato B

Alla Dirigente Scolastica

OGGETTO: Piano terapeutico. Indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)
(a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale)

Il/la minore

CognomeNome

affetto dalla seguente patologia:.....

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

quotidianamente

necessita della somministrazione del seguente farmaco.....

Modalità di somministrazione

.....

Dose:.....

Eventuali note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG
