



# Istituto Comprensivo "Vivaldi-Murialdo"

Indirizzo: **via Casteldelfino, 24 – 10147 Torino**  
Telefono: **011251965** – Fax: **011257376**  
E-mail: **toic879004@istruzione.it** – PEC: **toic879004@pec.istruzione.it**  
Sito web: **www.vivaldi-murialdo.it** - Codice meccanografico: **TOIC879004**  
Codice Fiscale: **97718980010** – Codice IPA: **istsc\_toic879004**



## Allegato 3

### INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO

#### ***Il minore***

Cognome.....

Nome .....

Nato il..... a.....

Residente a .....

In via.....

affetto dalla seguente patologia:.....

***presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia farmacologica:***

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....

Modalità di somministrazione .....

Orario di somministrazione/dose .....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

.....

Modalità di somministrazione .....

Dose:.....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

e/o

**presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:**

.....

Modalità di esecuzione: .....

Orario di esecuzione dell'intervento/i

.....

..

Eventuali note:

.....

.....

.....

.....

.....

....

Luogo e data

Timbro e firma del medico (1)

**(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico**