

Allegato 3

Al dirigente scolastico dell'IIS Majorana di Torino

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

**Il minore**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

In Via/Piazza/Corso \_\_\_\_\_

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/dei 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/dei farmaco/i: \_\_\_\_\_

**e/o**

LICEO SCIENTIFICO  
E UFFICI  
Via Frattini, 11  
10137 TORINO  
Tel. 011.3099128  
Fax 011.3118900



ISTITUTO TECNICO  
SETT. ECONOMICO  
Corso Tazzoli, 209  
10137 TORINO  
Tel. 011.3114113  
Fax 011.3099647

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

---

Modalità di esecuzione: \_\_\_\_\_

Orario di esecuzione dell'intervento/i: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

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