



**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: .....



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "Piero MARTINETTI"**



Via Montello, 29  
10014 CALUSO (TO)  
Tel 011 9832445

Email: [info@iismartinetti.edu.it](mailto:info@iismartinetti.edu.it)  
PEC: [tois03900t@pec.istruzione.it](mailto:tois03900t@pec.istruzione.it)  
WEB: [IISMARTINETTI.EDU.IT](http://IISMARTINETTI.EDU.IT)

CF: 93010900012  
Codice fatturazione UFLC34  
Codice univoco IPA istsc\_tois03900t

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:

.....  
.....  
.....  
.....



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "Piero MARTINETTI"**



Via Montello, 29  
10014 CALUSO (TO)  
Tel 011 9832445

Email: [info@ismartinetti.edu.it](mailto:info@ismartinetti.edu.it)  
PEC: [tois03900t@pec.istruzione.it](mailto:tois03900t@pec.istruzione.it)  
WEB: [ISMARTINETTI.EDU.IT](http://ISMARTINETTI.EDU.IT)

CF: 93010900012  
Codice fatturazione UFLC34  
Codice univoco IPA istsc\_tois03900t

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**