

Allegato A

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C.S. "Paolo Neglia", Pogliano Milanese

PIANO TERAPEUTICO

A cura del PLS/MMG

Alunno/a: Cognome Nome

B) Nome commerciale del farmaco **da autosomministrare**

Modalità di auto somministrazione del farmaco
.....

Descrizione dell'evento che richiede l'auto somministrazione del farmaco (Specificare)

.....

Dose da somministrare

Modalità di autosomministrazione e di conservazione del farmaco

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- ☐ Sì
☐ No

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/./.....