



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**LICEO SCIENTIFICO E LINGUISTICO "INNOCENZO XII" - 00042 ANZIO(RM)**

Sede Istituzionale: Via Pegaso 6 -- Dirigenza e Direzione: Via Ardeatina 87 - tel. 06/12.112.5108) -- Succursale: Via Nerone  
C.F.:82005080583 - C.M.: RMPS160002-Cod.Univ.Uff.: UF81VG - PEIO: rmps160002@istruzione.it - PEIC: rmps160002@pec.istruzione.it



**TERAPIA D'URGENZA**

**Da inviare all'inizio del percorso assistenziale di ogni anno scolastico ed ogni qualvolta dovessero intervenire modifiche.**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO, ALL'ALUNNO/A**

Cognome ..... Nome .....  
nato/a il ..... a.....  
in via .....  
frequentante la classe ..... della scuola .....

**DIAGNOSI:**

**SINTOMI** dell'evento che richiedono la somministrazione:

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Lotto N. ....

Dose: .....

Modalità di somministrazione: .....

Modalità di conservazione: .....

Note .....

.....

**La somministrazione del farmaco prescritto non richiede competenze sanitarie specifiche**

Luogo..... , .....

Timbro e Firma del Medico curante .....

