



M.I.U.R.-U.S.R. EMILIA ROMAGNA –UFFICIO V - BOLOGNA
ISTITUTO COMPRENSIVO di CASTEL MAGGIORE
Via Bondanello n. 28 - 40013 Castel Maggiore (BO)
Tel. 051/6321233 – Fax 051/712810
Cod. Fiscale 91201340378 Cod. Ministeriale BOIC82200G e-
mail: boic82200g@istruzione.it P.E.C.: boic82200g@pec.istruzione.it
sitoWeb: <https://www.iccastelmaggiore.it/>



FONDI STRUTTURALI EUROPEI
pon
2014-2020
PIÙ SCUOLA - UNIVERSITÀ E RICERCA INNOVATIVA

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome Nome

Nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

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

necessita della somministrazione del seguente:

A) Farmaco indispensabile

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana: Orario e dose da somministrare

Mattina (h.) dose da somministrare

Pasto (prima, dopo) dose

Pomeriggio (h.) dose

Modalità di somministrazione del farmaco

Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco

(specificare):

.....
.....

Dose da somministrare

Modalità di somministrazione del farmaco

Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

(Oppure)



M.I.U.R.–U.S.R. EMILIA ROMAGNA –UFFICIO V - BOLOGNA
ISTITUTO COMPRENSIVO di CASTEL MAGGIORE
Via Bondanello n. 28 - 40013 Castel Maggiore (BO)
Tel. 051/6321233 – Fax 051/712810
Cod. Fiscale 91201340378 Cod. Ministeriale BOIC82200G e-
mail: boic82200g@istruzione.it P.E.C.: boic82200g@pec.istruzione.it
sitoWeb: <https://www.iccastelmaggiore.it/>



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI
2014-2020
PON
PROVA SCOLASTICA - OBIETTIVI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO - FE

B) Farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

Dose da somministrare

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

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

Sì

No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

Sì

No

Eventuali note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....