

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

All'alunno/a frequentante la classe scuola
..... di Via

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal/i Sig.

..... per il/la figlio/a
..... relativa alla

somministrazione del farmaco **indispensabile**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare il giorno alle ore all'alunno/a nella dose di come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (*indicare*).....
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:

.....
.....

..... lì,

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma)	