

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita

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 **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le
procedure indicate nell'allegato piano di azione.

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:	Personale ATA:

(segue PIANO DI AZIONE)