



AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente

Al Personle ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita

all'alunno/a frequentante la classe.....
plesso

A seguito della richiesta inoltrata, presso questo dell'Istituto,

dal/i Sig.

per il/la figlio/a.....

relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, con nota prot.

Visto il Piano terapeutico dell'Alunna;

Vista la disponibilità alla somministrazione del farmaco salvavita del.....

Il Dirigente Scolastico

Autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

Il Dirigente Scolastico

Marilena Giglia

Documento informatico firmato digitalmente
ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate
il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa