



AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente

Al Personle ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco indispensabile all'alunno/a
..... frequentante la classe

plesso

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 ogni 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 terminato¹.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione²:
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da 3 :

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):	

1 .Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

2 . Indicare il luogo della custodia

3. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni azione.

Il Dirigente Scolastico

Marilena Giglia