

**Allegato B/1**  
**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 .....

A seguito della richiesta inoltrata al dirigente scolastico 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. <sup>1</sup>

Messina, li .....

Per presa visione e conferma della  
disponibilità:

Personale Docente:	Personale ATA:

<sup>1</sup> Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.