

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.¹

Santa Lucia del Mela, li

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:	Personale ATA:

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