

Allegato C/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

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 **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 qualvolta 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 da³:

.....
Messina, li

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

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