



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "ANTONIO CUSTRA" - CERCOLA (NA)

Ambito Territoriale NA 20

Cod. mecc. NAIC850002 - c. f. 94065440631

DIREZIONE: VIA EUROPA, 22 - 80040 CERCOLA (NA)

☎: 081.733.33.74

✉: naic850002@istruzione.it

✉: naic850002@pec.istruzione.it

🌐: www.iccustra.edu.it

Prot. n. / _____

Cercola, __/__/__

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita

Alunno/a classe a.s.

A seguito della richiesta inoltrata, presso la dirigenza dell'Istituto,

dal/i Sig.

per il/la figlio/a,

frequentante la classe a.s., relativa alla somministrazione del farmaco

salvavita, 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 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:

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

² Indicare il luogo della custodia.

.....

Il medicinale sarà somministrato all'alunno da³:

.....
.....

Cercola, ___/___/_____

Il Dirigente Scolastico

Prof. Aniello Ruocco

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.
3, comma 2, del D.Lgs. 39/93

Per presa visione:

IL PERSONALE INCARICATO del PRIMO SOCCORSO (firma)	

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