

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER
SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE**

Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco indispensabile

Alunno/a classea.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
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 somministrarealle 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:

PREPOSTI ADDETTI PRIMO SOCCORSO (firma)	
DI FIORE PASQUALINA	
DE SANTIS ROBERTO MARIA	
MELE FELICIA	
PICCOLO FRANCESCA	
NAPPO AGOSTINO	
D'AGOSTINO LAURA	
MANNA LIDIA	
DI DOMENICO ANNALISA	
MAREMONTI ANNA MARIA	
MINIERI FORTUNA	

EVENTUALI SOSTITUZIONI (firma)	

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

