

ISTITUTO COMPRENSIVO CARRARESE EUGANEO

Allegato C

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE

(da compilare a cura della **Segreteria Scolastica**)

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita/indispensabile**
all'alunno/a frequentante la classe
scuola..... plesso

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,
dal/i Sig.
per il/la figlio/a
relativa alla somministrazione del farmaco salvavita/indispensabile, il Dirigente Scolastico
autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola (coordinatore di classe o addetto primo soccorso di plesso) una confezione nuova ed integra del medicinale.....
(data di scadenza.....) da somministrare: (barrare l'opzione prescelta)

☐ auto-somministrazione dell'alunno come da richiesta dei genitori (allegato A1) e da prescrizione medica allegata;

☐ al bisogno, come da indicazioni della prescrizione medica allegata;

☐ ogni giorno alle ore nella dose di
come da indicazioni della prescrizione medica allegata.

- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto e ritirerà il farmaco al termine dell'anno scolastico apponendo firma di ricevuta (allegato A/A1);

- Il medicinale sarà conservato:

☐ in frigorifero

☐ a temperatura ambiente nella cassetta principale di Primo Soccorso.

- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:

Personale incaricato, come da allegato B

Luogo e Data il