

Esporre presso la postazione del collaboratore scolastico in ogni piano, oltre che nel “gabbiotto” sito all’ingresso.

## **PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA**

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dai/i Sig.

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

## somministrazione di farmaco salvavita

assistenza auto - somministrazione farmaco salvavita

all'alunno/a

scuola ..... classe ..... sez.

come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Premesso che:

· Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato.

· Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: ..... (indicare il luogo dove sarà conservato) .....

(Luogo e Data) .....

## Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Virginia Roberta Gerarda Guanci