

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, dal/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