



Al Personale Docente

Al Personale Ata

Oggetto: Autorizzazione per la somministrazione di farmaci

A seguito della richiesta inoltrata alla segreteria dell'Istituto, dal/i Sig. /ra / Sigg.

.....

relativa alla (barrare la voce che interessa)

- Somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile
- Assistenza all'auto-somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile

all'alunno/a.....

Scuola.....classe.....sez.....

Il Dirigente Scolastico autorizza i sottoelencati lavoratori a somministrare il farmaco/ a coadiuvare l'alunno/a nell'auto-somministrazione.

Il soggetto individuato ed incaricato della somministrazione del farmaco **dovrà attenersi strettamente alle indicazioni del Medico prescrittore** per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso e **non intraprendere di propria iniziativa alcuna azione diversa rispetto a quanto prescritto dal Medico.**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Cogliate, _____

Il Dirigente Scolastico
