



Allegato C/1

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

Al Personale Docente

Al Personle ATA

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

All'alunno/a frequentante la classe
scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig.

per il/la figlio/a

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 somministrare ogni giorno alle 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 qualvolta il medicinale sarà terminato (al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (*indicare il luogo della custodia*):.....
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da (*indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni*):

.....

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):