



ALLEGATO B/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente

Al Personle ATA

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

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 **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione. ¹

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

¹ Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.