Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO SANTO STEFANO MAGRA - ISA 12
Via Tavilla, 46 – 19037 S. Stefano Magra
Tel. 0187 - 699220
e-mail spic807003@istruzione.it
www.isa12sp.edu.it

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,** la Dirigente Scolastica autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione[1]
Luogo e Data ..... il .....

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Simonetta Bettinotti

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:	Personale ATA: