



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 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 qual volta il medicinale sarà terminato¹.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione²:
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da³:

.....

.....

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

¹. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

². Indicare il luogo della custodia

³. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni