

(carta intestata dell'Istituto)

**Allegato B**

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

Al Personale

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco

- Salvavita**
- Indispensabile**

all'alunno/a ..... frequentante la classe .....  
scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,  
dai Sig.ri .....  
per il/la figlio/a .....  
relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita/indispensabile**, il Dirigente Scolastico  
autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione e  
secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale da somministrare 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 terminato<sup>1</sup>;
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione<sup>2</sup> .....

Cave .....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Maria Vittoria Frascatani

Per accettazione:


<sup>1</sup>. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

<sup>2</sup>. Indicare il luogo della custodia