

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI INTERVENTO PER SOMMINISTRAZIONE
FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE**

Alunno/a _____ **classe/sezione** _____ **a.s.** _____

A seguito della richiesta inoltrata alla Dirigenza dell'IC Caruso,

dal/i Sig. _____

per il/la figlio/a _____,

frequentante la classe/sezione _____ nel plesso di _____ a.s. _____,

relativa alla somministrazione del farmaco salvavita,

il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegna al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale _____ da somministrare alle ore _____ all'alunno/a nella dose di _____ come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente. Al momento della consegna del farmaco viene stilato apposito verbale.
- Il genitore provvede a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale termini.
- Il medicinale viene conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il _____ personale _____ che effettuerà la somministrazione:

- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:

- _____
- _____
- _____

Altavilla Irpina, __/__/____

Il Dirigente Scolastico
Prof. Alessandro Zampella

Per presa visione:

PERSONALE INCARICATO DELLA SOMMINISTRAZIONE	
NOME E COGNOME	FIRMA