**Allegato C/1**

Al Personale Docente

Al Personale ATA

**Oggetto:** autorizzazione piano di azione somministrazione farmaco indispensabile.

All’alunno/a………………………………………………………..frequentante la classe………...sez…….....

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 terminato.
* Il medicinale sarà 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:

…………………………………… ……………………………………

 …………………………………… ………………………………………

Luogo e Data ……………………………………………….

Per presa visione e conferma della disponibilità del personale incaricato: (firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_