



Via Tibaldi, 70
10079 Mappano (TO)
E-Mail: toic860003@istruzione.it
PEC: toic860003@pec.istruzione.it
Web: <http://www.icmappano.edu.it>
Tel: 0112222144 - Fax: 011/2621547
C.F. 92028850011

Allegato B/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente
Al Personale 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,

dai Genitori: Sig.

Sig.

per il/la figlio/a

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**,

Verificata la correttezza e la completezza della documentazione prodotta

Verificata la disponibilità e la presenza di personale Addetto al primo soccorso e altro personale

Verificata la possibilità di conservazione e/o somministrazione dei farmaci;

il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione. ¹

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

¹ Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.