

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
INDISPENSABILI/SALVAVITA**

Alunno/a
frequentante la classe/sez. della scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la segreteria dell'Istituto, dal 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 un flacone/confezione nuova ed integra del farmaco salvavita da somministrare all'alunno/a come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente. Il genitore provvederà a rifornire la scuola di un nuovo flacone/confezione integro, ogni qualvolta il farmaco sarà terminato (compilare appositi verbali di consegna).

Il farmaco sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (specificare il luogo.....)

Il farmaco sarà somministrato all'alunno/a da (specificare il nome delle persone incaricate ed eventuale sostituto):

Monteprandone,

Il Dirigente Scolastico

.....

Gli insegnanti

Personale A.T.A.

.....

.....

.....

.....

