



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  
"Bovio-Pontillo-Pascoli" – CICCIANO (Na)  
**Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad Indirizzo musicale**  
Via degli Anemoni – 80033 Cicciano (NA) – Tel. 081 8248687 – Fax 081 8261852  
C. M.: NAIC8EX00R - C. F.: 92044530639-  
e-mail: naic8ex00r@istruzione.it - pec: naic8ex00r@pec.istruzione.it

Prot. n. / \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER  
SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

**Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita**

**Alunno/a ..... classe ..... a.s. ....**

A seguito della richiesta inoltrata, presso la dirigenza dell'Istituto,

dal/i Sig. ....

per il/la figlio/a .....,

frequentante la classe ..... a.s. ...., relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, 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 ..... 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<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>: .....

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

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

Il medicinale sarà somministrato all'alunno da<sup>3</sup>:

.....

.....

Cicciano, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Maria Caiazzo

Per presa visione:

<b>IL PERSONALE INCARICATO del PRIMO SOCCORSO (firma)</b>	

<sup>3</sup> Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni.