



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE

“Bovio-Pontillo-Pascoli” – CICCIANO (Na)

Scuola dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad Indirizzo musicale

Via degli Anemoni – 80033 Cicciانو (NA) – Tel. 081 8248687 – Fax 081 8261852

C. M.: NAIC8EX00R - C. F.: 92044530639-

e-mail: naic8ex00r@istruzione.it - pec: naic8ex00r@pec.istruzione.it

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

Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco indispensabile

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 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 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 terminato¹.

¹ Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto.

- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione²:
.....
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da³:
.....
.....

Cicciano, ___/___/_____

Il Dirigente Scolastico

Per presa visione e conferma della disponibilità:

IL PERSONALE INCARICATO (firma)	

² Indicare il luogo della custodia.

³ Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni.