

**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>:

<b>PREPOSTI ADDETTI PRIMO SOCCORSO (firma)</b>	
DI FIORE PASQUALINA	
DE SANTIS ROBERTO MARIA	
MELE FELICIA	
PICCOLO FRANCESCA	
NAPPO AGOSTINO	
D'AGOSTINO LAURA	
MANNA LIDIA	
DI DOMENICO ANNALISA	
MAREMONTI ANNA MARIA	
MONTELLA ELENA	
MINIERI FORTUNA	

<b>EVENTUALI SOSTITUZIONI (firma)</b>	

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

