

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITA’ E DELLA RICERCA**

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

**Istituto Comprensivo ALì TERME**

**scuola ad indirizzo musicale**

Via M. T.Federico, 98021 Alì Terme (ME) tel./fax 0942 716646

[meic83700p@pec.istruzione.it](mailto:meic83700p@pec.istruzione.it) - meic83700p@istruzione.it

**C.F. 97105820837**

**Allegato B/1**

**autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita**

Al Personale Docente

Al Personle 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,** 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.