**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 - meic83700p@istruzione.it

 **C.F. 97105820837**

**Allegato C/1**

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

Al Personale Docente

Al Personle ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

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 **indispensabile,** il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

* I genitori consegneranno al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale.................................. da somministrare ogni giorno alle ore ............... all'alunno/a nella dose di ..................................................................................... come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
* I genitori provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato1.
* 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:

....................................................................... .......................................................................

....................................................................... .......................................................................

Luogo e Data ................................ il ........................

Per presa visione e conferma della disponibilità:

|  |
| --- |
| Il Personale incaricato (firma): |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

2. Indicare il luogo della custodia

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