**Allegato B/1**

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

**Al Personale Docente autorizzato**

**Al Personale ATA autorizzato**

**Al fascicolo personale dello studente**

**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, dal/i Sig. ................................................................per il/la figlio/a ................................................... prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita,** il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell’allegato piano di azione.

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

Per presa visione e conferma della disponibilità:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personale Docente: |  | Personale ATA: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| F.TO IL DIRIGENTE SCOLASTICO |
| Prof.ssa Renata Greco |
| *Firma autografa sostituita a mezzo stampa*  *Ex art. 3, comma 2, D.lgs 39/93* |