**Allegato C/1**

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

**Al Personale Docente**

**Al Personale 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,

dal/i 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:

* Il genitore consegnerà 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.
* Il genitore provvederà 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

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