## Allegato C

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale incaricato alla somministrazione farmaci

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

all’alunno/a .................................................................................. frequentante la classe plesso

............................................................. a seguito della richiesta inoltrata, presso questo Istituto,

dai genitori dello stesso per la somministrazione del farmaco 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 all'alunno/a 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.
* Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione.

Aversa, ........................……

 Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Anna Lisa Marinelli

 Documento informatico firmato digitalmente

##  ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

##  il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa