Allegato D

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,

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 terminato[[1]](#footnote-1).
* Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione[[2]](#footnote-2): ……………………………………………………………..
* Il medicinale sarà somministrato all'alunno da[[3]](#footnote-3):

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

………………………………………………………………………………….

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

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 [↑](#footnote-ref-1)
2. . Indicare il luogo della custodia [↑](#footnote-ref-2)
3. . Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni [↑](#footnote-ref-3)