MIUR

 *ISTITUTO COMPRENSIVO “MARGHERITA HACK”* VIA CROCE ROSSA N. 4 – 20097 - SAN DONATO MILANESE COD. MECC. MIIC8FB00P – C.F.: 97667080150

TEL 025231684 – FAX 0255600141

e-mail:MIIC8FB00P@istruzione.it - e-mail PEC:MIIC8FB00P@PEC.istruzione.it

[*http://www.icsmargheritahacksandonatomi.edu.it/*](http://www.icsmargheritahacksandonatomi.edu.it/)

 Codice Univoco Ufficio: UF3XK7

# Allegato B/1

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

 Al Personale Docente

 Al Personale ATA

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

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita,** il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell’allegato piano di azione. 1

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

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

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

 Per presa visione e conferma della disponibilità:

1 Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.