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 C/1

**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 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