AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita

Alunno/a ..... classe ..... a.s. .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la dirigenza dell'Istituto,

dal/i Sig. .....

per il/la figlio/a .....,

frequentante la classe ……. a.s. …….., relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, 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 …….. 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].
- ☐ Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione[2]: ……..

[1] Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto.
[2] Indicare il luogo della custodia.

……

……..

□ Il medicinale sarà somministrato all'alunno da[3]:

…… ……

…… ……

, _____/___/_____

Per presa visione:

IL PERSONALE INCARICATO del PRIMO SOCCORSO (firma)	

[3] Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni.