Allegato 2

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco indispensabile

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 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 …….. 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].

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

Allegato 2

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

…… ……

…… ……

____/___/_____

Per presa visione e conferma della disponibilità:

IL PERSONALE INCARICATO (firma)	

Il Dirigente Scolastico

[2] Indicare il luogo della custodia.
[3] Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni.

Modulistica per la scuola – Somministrazione di farmaci in orario scolastico – Autorizzazione farmaco indispensabile -

Allegato 2

Prof.ssa Loredana Lauricella
(Firmato digitalmente ai sensi del D.lgs. 82/2005)