



Tel. 0916404450 - Fax. 0916402686
 Cod. Fisc.: 97164890820 - Cod. IPA: istsc_pas800l
 Codice Meccanografico: PAIS00800L
 E-mail pais00800l@istruzione.it Pec pais00800l@pec.istruzione.it

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
BASILE - D'ALEO

Via Biagio Giordano 14 - 90046 MONREALE (PA)
 www.iisbasiledaleo.edu.it

LICEO ARTISTICO

 MARIO D'ALEO MONREALE
 ARTI FIGURATIVE MOSAICO



Modulistica per la scuola – Somministrazione di farmaci in orario scolastico – Autorizzazione farmaco salvavita
 -ALLEGATO 1

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 terminato¹.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il
 personale che effettuerà la somministrazione²:

.....

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

² Indicare il luogo della custodia.





Tel. 0916404450 - Fax. 0916402686
 Cod. Fisc.: 97164890820 - Cod. IPA: istsc_pas800l
 Codice Meccanografico: PAIS00800L
 E-mail pais00800l@istruzione.it Pec pais00800l@pec.istruzione.it

**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
 BASILE - D'ALEO**

Via Biagio Giordano 14 - 90046 MONREALE (PA)
 www.iisbasiledaleo.edu.it

LICEO ARTISTICO

 MARIO D'ALEO MONREALE
 ARTI FIGURATIVE MOSAICO



*Modulistica per la scuola – Somministrazione di farmaci in orario scolastico – Autorizzazione farmaco salvavita
 -ALLEGATO 1*

Il medicinale sarà somministrato all'alunno da³:

.....

, ___/___/_____

Per presa visione:

IL PERSONALE INCARICATO del PRIMO SOCCORSO (firma)	

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

