All. C2

Ai docenti e al personale ATA della scuola

…………………………………………………

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dai Sig.ri........................................................................................................................................per il/la

figlio/a...................................................... ………frequentante la classe/sez ................ di codesta scuola,

relativa alla somministrazione del farmaco…………………..

la scrivente autorizza le SS.LL. a somministrare il farmaco con il seguente piano di azione:

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale …………...........................................

da somministrare come da certificazione 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.

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: *(indicare il luogo dove sarà conservato) …………………………………….*

Nei giorni e nelle ore indicate dalla prescrizione medica i docenti o i collaboratori scolastici, presenti a turno, di seguito indicati, somministreranno il farmaco.

……………………………….

……………………………….

………………………………..

………………………………

……………………………….

………………………………

………………………………

………………………………

Oltre la normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti **insegnanti**

**supplenti o supplenti del personale Ata.**

Detto personale al momento dell'entrata in servizio dovrà **essere informato del presente piano**

**di intervento dalle insegnanti di plesso.**

Firmato digitalmente da

Dott.ssa Maria TORRE

Dirigente Scolastico

I.C. Statale n.1 – SP

