



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MANZONI"

Via dei Platani, 5 - 21053 Castellanza
 Tel. 0331/50.42.33 - Fax 0331/50.26.88
Email: vaic81700p@istruzione.it - vaic81700p@pec.istruzione.it
 C.F. 81009410127 - CODICE MECCANOGRAFICO vaic 81700p



Al Personale Docente
 Al Personale 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,
 da..... 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 terminato (al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione:..... (Indicare il luogo della custodia).....
- Il medicinale sarà somministrato
 - dal personale che ha manifestato la propria disponibilità:
 - autosomministrazione da parte dell'alunno
 - da personale esterno, specificare:

Presenza visione e disponibilità alla somministrazione (da compilare solo nel caso sia indicata la somministrazione da parte del personale scolastico)			
Personale docente		Personale ATA	
Nome e cognome	Firma	Nome e cognome	Firma

Castellanza,

Il Dirigente Scolastico
prof. Giuseppe Rizzo