

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
C.F. 81009410127 - CODICE MECCANOGRAFICO vaic 81700p



Al Personale Docente
Al Personale ATA

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

all'alunno/a frequentante la classe scuola
.....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal/i Sig.

..... per il/la figlio/a
..... relativa alla

somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il Farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

Presenza visione e disponibilità alla somministrazione			
Personale docente		Personale ATA	
Nome e cognome	Firma	Nome e cognome	Firma

Luogo e Data il

Il Dirigente Scolastico
prof. Giuseppe Rizzo