**MODELLO D/1**

****

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.

| Presa 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