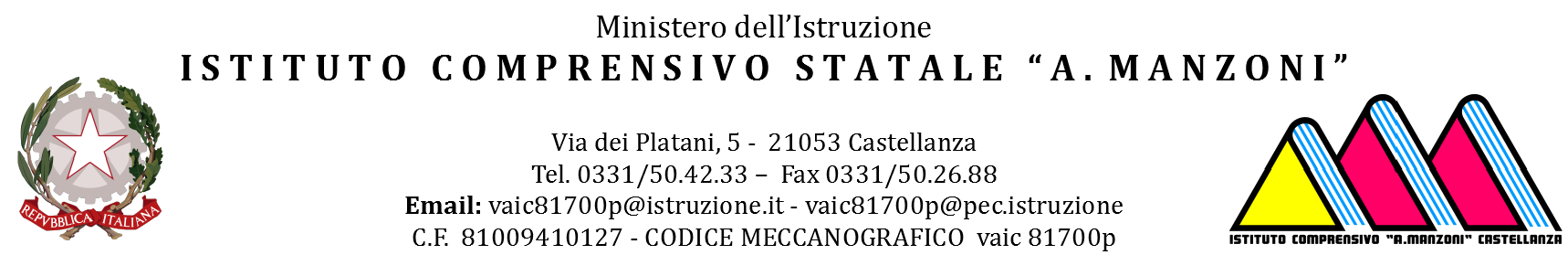
**MODELLO D/2**



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: ………………………………………………….

| Presa 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