

Allegato B/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente

Al Personle 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. ¹

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

PERSONALE DOCENTE	PERSONALE ATA

¹ allegato piano di intervento dettagliato