



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

I.P.S.S.A.R. "Ugo Tognazzi"

Istituto Professionale Statale per i Servizi Alberghieri e la Ristorazione

Via S. D'Acquisto, 61 A-B-C 00049 **VELLETRI** (Roma) - C.F. 95032470585 - Cod. Min. RMRH06000V tel. 0696195083 - fax 0696100068 ♦ e-mail : RMRH06000V@istruzione.it

Allegato C/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

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,

dal/i Sig.

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 terminato¹.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione²:
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da³:

.....

.....

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il personale incaricato(firma)

¹ Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

² Indicare il luogo della custodia

³ Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni