



Prot. n.

Lamezia Terme lì,

Al personale Docente
Al personale ATA

AII. E

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

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,

dai Genitori: Sig.

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 Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.