|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unione Europea  Fondo Sociale Europeo | *Istituto d’Istruzione Secondaria Superiore*  *“F. De Sanctis”*  *83054 Sant’Angelo dei Lombardi (AV) Via Boschetto, 1*  *Tel.08271949144 – 1949141 fax 08271949142 C.F. 91003710646*  [*www.iissdesanctis.it*](http://www.iissdesanctis.it) *e-mail* [*avis014008@istruzione.it*](mailto:avis014008@istruzione.it) *PEC:* [*avis014008@pec.istruzione.it*](mailto:avis014008@pec.istruzione.it)  *Sezione associata ITE Via Annunziata 83054 Sant’Angelo dei Lombardi (AV) Tel. fax : 082723099*  *Sezione associata Liceo Caposele Via Duomo 83040 Caposele (AV) Tel. fax : 082758376* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prot. n. /\_\_\_\_\_\_ |  | S. Angelo dei Lombardi, \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER**

**SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

**Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita**

**Alunno/a ................................................................... classe ............... a.s. …………..**

A seguito della richiesta inoltrata, presso la dirigenza dell'Istituto,

dal/i Sig. ...............................................................................................................................................

per il/la figlio/a ..................................................................................................................................., frequentante la classe ……………. a.s. ………………….., relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, 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 ……………….. 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[[1]](#footnote-1).
* Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione[[2]](#footnote-2): …………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Il medicinale sarà somministrato all'alunno da[[3]](#footnote-3):

....................................................................... .......................................................................

....................................................................... .......................................................................

S. Angelo dei Lombardi, \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Il Dirigente Scolastico  Prof. Gerardo Cipriano |
|  | Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell’art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93 |

Per presa visione:

|  |  |
| --- | --- |
| ***IL PERSONALE INCARICATO del PRIMO SOCCORSO (firma)*** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto. [↑](#footnote-ref-1)
2. Indicare il luogo della custodia. [↑](#footnote-ref-2)
3. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni. [↑](#footnote-ref-3)