



MI - USR LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI OLEVANO ROMANO
PIAZZA KAROL WOJTYLA, 1 - 00035 OLEVANO ROMANO (RM)
Tel. 069564021 069564039 Fax. 0695609184 - Codice Fiscale: 93008700580
e-mail:rmic8am006@istruzione.it - icolevanoromano.edu.it

Allegato C1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente
Al Personale ATA
Al fascicolo personale dell'alunno

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
_____ prot. n. _____ del ___/___/___, 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 _____

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

Il Dirigente Scolastico
Donatella Antonellis