

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO STATALE di GUARCINO

Via San Francesco n.9, 03016 Guarcino - Tel 0775/46256 FAX 0775/469433 - sito web: www.icguarcino.edu.it C.F. 80005100609 - codice mec. FRIC80400C - indirizzo email: fric80400c@istruzione.it pec: fric80400c@ec.istruzione.it pec: f

Allegato C_1

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 indispensab all'alunno/afrequentante la classescu										
								dell'Istituto, per	il/la figlio	o/a
								//_		
					-		_	e Scolastico	autorizza	ıa
SO	mministra	re il far	maco seco	ndo il segu	iente piar	no di	intervento:			
•	medicina da presc	ale _ all'alu rizione	nno/a nella medica già	dose di_ consegna	da	a soi reter	mministrare	one nuova e ogni giorn a in copia alla	o alle ore con a presente	e ne
• Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato ¹ .										
 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):						

- Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto
 Indicare il luogo della custodia
 Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni

Il Dirigente Scolastico