



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SARDEGNA

DIREZIONE DIDATTICA ASSEMINI 1

VIA DI VITTORIO 5 – 09032 ASSEMINI - CA

Codice Fiscale: 80009480924 Codice Meccanografico: CAEE037009

Tel. 070 940692 Fax. 070 942713

e-mail caee037009@istruzione.it PEC caee037009@pec.istruzione.it

Sito web: <https://1circoloassemini.it/>

All. 4

Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita
Alunno/a classe a.s.

A seguito della richiesta inoltrata presso la dirigenza del Circolo con prot. N. _____ del _____
e del piano terapeutico inoltrato dal dott. _____ prot. _____ del _____
dal/i Sig. _____
per il/la figlio/a....., frequentante la classesez..... plesso, relativa alla somministrazione del
farmacosalvavita, 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 terminato¹.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il
personale che effettuerà la somministrazione²:

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

² Indicare il luogo della custodia.

.....
.....

- Il medicinale, previa richiesta di disponibilità acquistata al prot. N _____ del _____ sarà somministrato all'alunno da³:

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

Assemini, ____/____/____

Per presa visione:

IL PERSONALE INCARICATO del PRIMO SOCCORSO (firma)	

La Dirigente Scolastica
Graziella Nigro
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 D.L 39/93

³ Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni