



Unione Europea



Repubblica Italiana

**“ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE”  
PRAIA A MARE**

Via Verdi n. 40 – Tel. Fax 0985/72106 – C.F. 96031260787

[csic8au004@istruzione.it](mailto:csic8au004@istruzione.it) - [csic8au004@pec.istruzione.it](mailto:csic8au004@pec.istruzione.it) - [www.icpraia.edu.it](http://www.icpraia.edu.it)

**87028 -PRAIA A MARE (CS)**

Al Personale Docente

Al Personle ATA

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 .....

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 terminato<sup>1</sup>.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione<sup>2</sup>:
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da<sup>3</sup>:

.....  
.....

Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

<sup>1</sup>. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

<sup>2</sup>. Indicare il luogo della custodia

<sup>3</sup>. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni