

	<p>MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "Leonardo da Vinci" Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1^o grado — 84062 Olevano sul Tusciano (SA) —</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  <div style="text-align: center;"> <p>FONDI STRUTTURALI EUROPEI</p> <p>pon 2014-2020</p> <p><small>PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (PSE-FESSE)</small></p> </div>  <div style="font-size: 8px;"> <p>Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Dipartimento per la Programmazione e la Gestione delle Risorse Umane, Finanziarie e Strutturali Direzione Generale per interventi in materia di Educazione Scolastica per la gestione dei Fondi Strutturali per l'istruzione e per l'Innovazione Digitale Ufficio IV</p> </div> </div>	
Codice Fiscale: 80025740657	Sito internet: www.icolevanost.edu.it	Codice Meccanografico : SAIC86400A
Tel/Fax : 0828 612056	E-mail: saic86400a@istruzione.it	Codice Autonomia: N ^o 109
Telefono: 0828 307691	P.E.C. : saic86400a@pec.istruzione.it	Indirizzo: Via Risorgimento

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente

Al Personale 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 (1).
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (2).
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da (3):

.....

Luogo e Data il.....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

<p>Il Personale incaricato (firma):</p>
--

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