

**Planning uscite didattiche - visite guidate - viaggi d’istruzione**

**IC *Margherita Hack***

**Scuola**

* **Infanzia**
* **Primaria**
* **Secondaria**

**Plesso**

* **Calvino**
* **D’Acquisto**
* **Galilei**
* **Greppi**
* **Pagode**

Classe/i **………** Sezione/i………… N° alunni…… ………di cui …… …con disabilità

Proposte per l’anno scolastico ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,

**USCITE DIDATTICHE e VISITE GUIDATE** (Uscite che si effettuano nel territorio circostante, nella provincia, nell’arco della mattinata o di una sola giornata)

| Meta | Mezzi di trasporto | Accompagnatori ed eventuali sostituti | Durata | Data o Periodo | Classe/ i |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**VIAGGIO D’ISTRUZIONE**  (Uscite che si effettuano o più giornate, comprensive di almeno un pernottamento, fino ad un massimo di 5 giorni):

| Meta | Mezzi di trasporto | Accompagnatori ed eventuali sostituti | Durata | Data o Periodo | Classe/ i |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

San Donato Mil.se Team Docenti

***AUTORIZZAZIONE ALLE USCITE***

***SUL TERRITORIO COMUNALE e CITTA’ METROPOLITANA DI MILANO***

I sottoscritti

Genitori dell’alunna/o

Frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Istituto Comprensivo M. Hack San Donato Milano

**AUTORIZZANO**

Il/la proprio/a figlio/a ad uscire nell’ambito del territorio del Comune di San Donato Milanese e Città Metropolitana di Milano, a piedi o con mezzi pubblici, per visite guidate o attività didattica, consapevoli che alcuni luoghi da visitare potrebbero avere anche contenuti a sfondo religioso e/o commerciale ma di notevole spessore pedagogico.

L’autorizzazione sarà valida per l’intero anno scolastico, A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

San Donato Milanese,…………… Firma dei Genitori

……………………………………

……………………………………

I sottoscritti …………………………………….…………………………………..dichiarano di aver preso visione dell’ Informativa Privacy ai sensi dell’art.13 del GDPR 2018 pubblicata sul sito web.

Autorizzano, anche ai sensi dell’art. 10 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n.633, Legge sul diritto d’autore, l’utilizzo a titolo gratuito delle foto o video di cui in oggetto.

La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo ai sensi degli artt. da 15a 22e dell’art. 34 del GDPR con comunicazione scritta da inviare alla scuola.



*ISTITUTO COMPRENSIVO “MARGHERITA HACK”*

VIA CROCE ROSSA N. 4 – 20097 - SAN DONATO MILANESE

COD. MECC. MI IC8FB00P – C.F.: 97667080150

TEL 025231684 – FAX 0255600141

e-mail[:MIIC8FB00P@istruzione.it](about:blank) - e-mail PEC[:MIIC8FB00P@PEC.istruzione.it](about:blank)

[*https://icsmhack.edu.it/*](https://icsmhack.edu.it/)

Codice Univoco Ufficio: UF3XK7

**MODULO 1 AUTORIZZAZIONE AL DS**

*Richiesta di autorizzazione a effettuare uscite didattiche e/o   
viaggi d’istruzione da presentare in Presidenza nei termini previsti dal Regolamento*



# **AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti………………………………………………………………………………………………………

………………. insegnanti delle classi ………………………………………..……..PLESSO (barrare la casella)

| **Scuole dell’Infanzia** | **Scuole Primarie** | **Scuola secondaria di I Grado** |
| --- | --- | --- |
| * **PAGODA GIALLA** | * **S. D’ACQUISTO** | * **GALILEO GALILEI** |
| * **PAGODA ROSSA** | * **I.CALVINO** |  |
| * **INFANZIA CALVINO** | * **M. GREPPI** |  |
| * **INFANZIA GREPPI** |  |  |

**chiedono di effettuare**:

* **un’uscita didattica a ….………………………….…………………………………………………**
* **un viaggio d’istruzione a………………….……………………………………………………**

giorno/i…………………………………………………………………………………………………………

con partenza alle ore……………..…………rientro (indicativo) alle ore …………………………..andata/ritorno

| * **con autobus** | * **con mezzi pubblici** | * **a piedi** |
| --- | --- | --- |

**Garantiscono quanto segue:**

## Partecipano all’ uscita didattica/viaggio

## n. ..…... Alunni della classe/sez. ………….n. …. Ins. accompagnatori

n. …….. Alunni della classe/sez. ………….n. …. Ins. accompagnatori

n. …….. Alunni della classe/sez. ………….n. …. Ins. accompagnatori

n. …..…. Alunni della classe/sez. ………….n. …. Ins. accompagnatori

**Alunni DVA presenti per cui è eventualmente prevista riduzione/gratuità** n……. della classe………………(indicare DVA per classe).

**Alunni che richiedono contributo economico**, diritto allo studio (**COMPILARE MODULO PREVISTO**).   
Richieste particolari per servizio mensa………………………………………………………

I Genitori degli alunni hanno espresso ***per iscritto (modulo 3)*** il loro consenso e versato (se richiesto) l’acconto previsto.

L’uscita didattica/viaggio è stata/o approvata/o dal Consiglio di Interclasse/classe del giorno …………………

Partecipano inoltre: personale ATA/EDUCATORI (Nome e Cognome):

1. …………………………….Classe/sez. …………..
2. …………………………….Classe/sez. …………..
3. …………………………….Classe/sez. …………..
4. …………………………….Classe/sez. …………..

**Mezzo di trasporto richiesto**: (barrare la casella)

* l’uscita è effettuata con mezzi pubblici
* l’uscita è effettuata da ditta di trasporti privata

La quota per ciascun alunno è di € …………..(per visita/soggiorno) + €…………………..(trasporto)

Il costo complessivo da versare sul c/c della scuola € ………………………….…(visita/soggiorno) + €……………………….…..(trasporto).   
**Pagamento con PAGOinRETE.**

San Donato Milanese, …………………………………….

Nomi dei docenti a accompagnatori (ed eventuali sostituti):

………………………………………… classe ………………FIRMA………………………………..

………………………………………… classe ………………FIRMA………………………………..

………………………………………… classe ………………FIRMA………………………………..

………………………………………… classe ………………FIRMA………………………………..

………………………………………… classe……………….FIRMA………………………………

…………………………………………. classe ………………FIRMA………………………………..

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Vista la delibera n. ………………..…….. del Consiglio di Istituto del ………………………….…

Autorizza l’effettuazione dell’uscita didattica richiesta.

Le quote di partecipazione saranno versate:

* **IN LOCO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **DAI GENITORI**
* **Tramite Pago in Rete**

#### **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “MARGHERITA HACK”**

VIA CROCE ROSSA N. 4 – 20097 - SAN DONATO MILANESE COD. MECC. MIIC8FB00P – C.F.97667080150

TEL 025231684 – FAX 0255600141

e-mail[:MIIC8FB00P@istruzione.it](mailto:MIIC8FB00P@istruzione.it) - e-mail PEC[:MIIC8FB00P@PEC.istruzione.it](mailto:MIIC8FB00P@PEC.istruzione.it)

[*http://www.icsmargheritahacksandonatomi.edu.it/*](http://www.icsmargheritahacksandonatomi.edu.it/)

Codice Univoco Ufficio: UF3XK7

**MODULO 2 ASSUNZIONE RESPONSABILITÀ**

| DESIGNAZIONE DOCENTE ACCOMPAGNATORE  VIAGGIO DI ISTRUZIONE / VISITA DIDATTICA  ED ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA’  DI CUI ALL’ ART. 2047 DEL CODICE CIVILE |
| --- |

San Donato Milanese,

AL DOCENTE

Plesso

La S.V. è invitata ad accompagnare in viaggio d'istruzione/visita didattica

a

gli alunni della/delle classe/i sez. il/nei giorno/i secondo le modalità riportate nel modulo richiesta.

Il docente designato avrà la funzione di capocomitiva ed al rientro dovrà redigere una relazione sul viaggio effettuato su apposito modello da richiedere alla Commissione preposta.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Arch. Enrico Sartori

In relazione alla visita/al viaggio di istruzione sopraindicato, il sottoscritto docente

D I C H I A R A

di assumere l'impegno di accompagnatore della/e classe/i con l'obbligo della vigilanza sugli alunni in ottemperanza all'art. 2047 del Codice Civile e successive disposizioni Ministeriali in merito.

IL DOCENTE ACCOMPAGNATORE



#### 



*ISTITUTO COMPRENSIVO “MARGHERITA HACK”*

VIA CROCE ROSSA N. 4 – 20097 - SAN DONATO MILANESE

COD. MECC. MI IC8FB00P – C.F.: 97667080150

TEL 025231684 – FAX 0255600141

e-mail[:MIIC8FB00P@istruzione.it](about:blank) - e-mail PEC[:MIIC8FB00P@PEC.istruzione.it](about:blank)

[*https://icsmhack.edu.it/*](https://icsmhack.edu.it/)

Codice Univoco Ufficio: UF3XK7

**MODULO 3 IMPEGNO AL PAGAMENTO**

# **AUTORIZZAZIONE** **E IMPEGNO AL PAGAMENTO**

OGGETTO: Uscita didattica/Viaggio d'istruzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si prega di prendere visione delle seguenti informazioni relative al viaggio d'istruzione:

## **DATA di EFFETTUAZIONE PARTENZA ORE \_\_\_\_\_ RIENTRO ORE**

* **MEZZO DI TRASPORTO**
* **ONERI A CARICO DELLA FAMIGLIA ANTICIPO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Da versare** tramite **Pago in Rete entro il:**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **Restituire al Coordinatore di Classe**

Con la presente autorizzo mio/a figlio/a della classe \_\_\_\_\_\_ a partecipare all’uscita didattica/Viaggio di Istruzione che avrà luogo secondo le modalità sopra riportate.

Dichiaro inoltre:

* di conoscere il regolamento interno relativo ai viaggi, pubblicato nel sito dell’IC M. HACK;
* di esonerare l’Istituto e gli accompagnatori da ogni responsabilità civile e penale per fatti che dovessero accadere oltre la possibilità di controllo degli accompagnatori;
* di assumermi la responsabilità per i danni che l’alunno suddetto dovesse arrecare.

## **NB. IN CASO DI RINUNCIA È D’OBBLIGO PAGARE LA PENALE.**

Data Firma di un genitore \_

**MODULO 4 AUTORIZZAZIONE FARMACI**

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

**VIAGGIO DI ISTRUZIONE**

Al Dirigente Scolastico

o Scuola dell’infanzia “I. Calvino”

o Scuola dell’infanzia “M.Greppi”

o Scuola dell’infanzia “Le Pagode”

o Scuola primaria “I. Calvino”

o Scuola primaria “M. Greppi”

o Scuola primaria “S. D’Acquisto”

o Scuola secondaria di I grado “Galileo Galilei”

I sottoscritti.........................................................................................................................................

genitori/tutori dell’alunno/a .................................................................

nato a…………………….. il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/ C. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

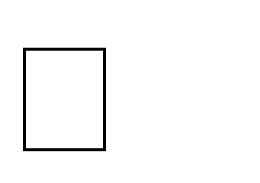
residente a ................................................. in via................................................................................

frequentante la classe ..........

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione durante il viaggio di istruzione dal xx/xx/xxxx al xx/xx/xxxx dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ................. dal dott.…............................................

**CHIEDONO**

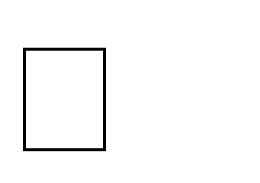
che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN ) nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/

**sia/no somministrato/i a nostro/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzano contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Comunicheremo immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

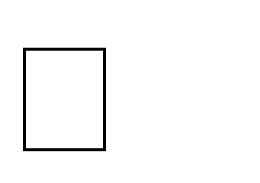
oppure che, in alternativa,

**nostro/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

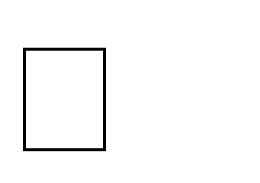
I genitori si impegnano a essere sempre reperibili per tutta la durata del viaggio di istruzione.

Genitori: Madre cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inoltre,

I genitori si rendono disponibili a essere accompagnatori a proprie spese, senza ingerenze nelle attività didattiche. 

Oppure.



In caso di emergenza (Ricovero ospedaliero o altra tipologia di intervento) si impegnano a raggiungere il proprio figlio per la dovuta assistenza.

Firma

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acconsentiamo al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi della normativa vigente in materia, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Firma

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

● Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ●

**NOTE**

∙ La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata, contestualmente alla richiesta di adesione al viaggio di istruzione o, in caso di prescrizione successiva, almeno 15 gg. prima la partenza.

∙ La validità corrisponde alla durata del viaggio d’istruzione.

In caso di ulteriore gita deve essere ripresentata

∙ I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico

∙ Eventuali variazione vanno certificate e comunicate tempestivamente

∙ Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro che esercita la potestà.

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE**

**VIAGGIO ISTRUZIONE**

Al Dirigente Scolastico

o Scuola dell’infanzia “I. Calvino”

o Scuola dell’infanzia “M.Greppi”

o Scuola dell’infanzia “Le Pagode”

o Scuola primaria “I. Calvino”

o Scuola primaria “M. Greppi”

o Scuola primaria “S. D’Acquisto”

o Scuola secondaria di I grado “Galileo Galilei”

In data .......... alle ore ..........la/il sig.…...............................................................................................

genitore dell'alunno/a..........................................................................................................................

frequentante la classe .........

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo, integro del medicinale

............................................................................................................ con scadenza il………………….

da somministrare al/alla bambino/a in caso di …............................................................................

nella dose come da certificazione medica consegnata in segreteria e

in copia allegata alla presente, rilasciata in data …............ dal dott. ..................................................

I genitori/tutori si impegnano a consegnare la strumentazione idonea per garantire una corretta conservazione del farmaco.

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

I genitori/tutori I docenti

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

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

**VIAGGIO DI ISTRUZIONE**

Al Personale Docente

Al Personale ATA

**Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita**

all’alunno/a .................................................................................. frequentante la classe .................

scuola ...................................................................................................................................................

o Scuola dell’infanzia “I. Calvino”

o Scuola dell’infanzia “M. Greppi”

o Scuola dell’infanzia “Le Pagode”

o Scuola primaria “I. Calvino”

o Scuola primaria “M. Greppi”

o Scuola primaria “S. D’Acquisto”

o Scuola secondaria di I grado “Galileo Galilei”

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. ...............................................................................................................................................

per il/la figlio/a ...................................................................................................................................

relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell’allegato piano di azione.

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

**MODULO 5 AUTORIZZAZIONE FARMACI SALVAVITA**

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA**

**VIAGGIO DI ISTRUZIONE**

Al Dirigente Scolastico

o Scuola dell’infanzia “I. Calvino”

o Scuola dell’infanzia “M.Greppi”

o Scuola dell’infanzia “Le Pagode”

o Scuola primaria “I. Calvino”

o Scuola primaria “M. Greppi”

o Scuola primaria “S. D’Acquisto”

o Scuola secondaria di I grado “Galileo Galilei”

I sottoscritti.........................................................................................................................................

genitori/tutori dell’alunno/a .................................................................

nato a…………………….. il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/ C. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

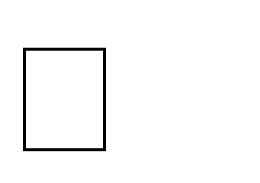
residente a ................................................. in via................................................................................

frequentante la classe ..........

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione durante il viaggio di istruzione dal xx/xx/xxxx al xx/xx/xxxx dei farmaci salvavita, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ................. dal dott.…............................................

**CHIEDONO**

che il/i farmaco/i salvavita indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN ) nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/

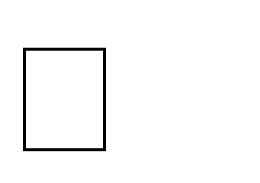
**sia/no somministrato/i a nostro/a figlio/a dal personale della scuola**

I genitori/tutori si impegnano a consegnare la strumentazione idonea per garantire una corretta conservazione del farmaco.

Autorizzano contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Comunicheremo immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

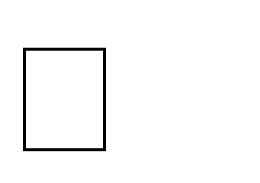
oppure che, in alternativa,

**nostro/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

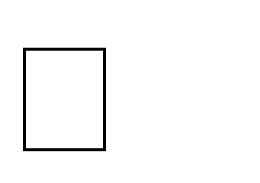
I genitori si impegnano a essere sempre reperibili per tutta la durata del viaggio di istruzione.

Genitori: Madre cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inoltre,

I genitori si rendono disponibili a essere accompagnatori a proprie spese, senza ingerenze nelle attività didattiche. 

Oppure.



In caso di emergenza (Ricovero ospedaliero o altra tipologia di intervento) si impegnano a raggiungere il proprio figlio per la dovuta assistenza.

Firma

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acconsentiamo al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi della normativa vigente in materia, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Firma

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

● Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ●

**NOTE**

∙ La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata, contestualmente alla richiesta di adesione al viaggio di istruzione o, in caso di prescrizione successiva, almeno 15 gg. prima la partenza.

∙ La validità corrisponde alla durata del viaggio d’istruzione.

In caso di ulteriore gita deve essere ripresentata

∙ I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico

∙ Eventuali variazione vanno certificate e comunicate tempestivamente

∙ Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro che esercita la potestà.

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

**VIAGGIO ISTRUZIONE**

Al Dirigente Scolastico

o Scuola dell’infanzia “I. Calvino”

o Scuola dell’infanzia “M.Greppi”

o Scuola dell’infanzia “Le Pagode”

o Scuola primaria “I. Calvino”

o Scuola primaria “M. Greppi”

o Scuola primaria “S. D’Acquisto”

o Scuola secondaria di I grado “Galileo Galilei”

In data .......... alle ore ..........la/il sig.…...............................................................................................

genitore dell'alunno/a..........................................................................................................................

frequentante la classe .........

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo, integro del medicinale

............................................................................................................ con scadenza il………………….

da somministrare al/alla bambino/a in caso di …............................................................................

nella dose come da certificazione medica consegnata in segreteria e

in copia allegata alla presente, rilasciata in data …............ dal dott. ..................................................

I genitori/tutori si impegnano a consegnare la strumentazione idonea per garantire una corretta conservazione del farmaco.

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

I genitori/tutori

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

I docenti

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

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

**VIAGGIO DI ISTRUZIONE**

Al Personale Docente

Al Personale ATA

**Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita**

all’alunno/a .................................................................................. frequentante la classe .................

scuola ...................................................................................................................................................

o Scuola dell’infanzia “I. Calvino”

o Scuola dell’infanzia “M. Greppi”

o Scuola dell’infanzia “Le Pagode”

o Scuola primaria “I. Calvino”

o Scuola primaria “M. Greppi”

o Scuola primaria “S. D’Acquisto”

o Scuola secondaria di I grado “Galileo Galilei”

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. ...............................................................................................................................................

per il/la figlio/a ...................................................................................................................................

relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell’allegato piano di azione.

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