# Allegato B/1

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

 Al Personale Docente

 Al Personale ATA

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

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 **salvavita,** il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell’allegato piano di azione. 1

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

| Personale ATA: |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

| Personale Docente: |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 Per presa visione e conferma della disponibilità:

1 Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.