(Allegato 7 - Modulo di autorizzazione al Piano di azione per la somministrazione del farmaco indispensabile)

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente autorizzato
Al Personale ATA autorizzato
Al fascicolo personale dello studente

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita all'alunno/a ..... frequentante la classe .....scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso l'Ufficio di direzione dell'Istituto, dal/i Sig. .....per il/la figlio/a.....prot. n. _____ del ____/____/____, relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

San Marco Argentano, _____

Per presa visione e conferma della disponibilità:

PERSONALE DOCENTE	PERSONALE ATA