|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CAPOSELE**  **CON SEZIONI ASSOCIATE DI CALABRITTO E SENERCHIA**  ***“Francesco De Sanctis”***  *via Pianello - 83040 - Caposele (AV) tel 0827 53012fax 0827 53012*  *e-mail:* [*avic871008@istruzione.it*](mailto:avic871008@istruzione.it) *e-mail-pec:* [*avic871008@pec.istruzione.it*](mailto:avic871008@pec.istruzione.it)  *sito:* [*www.iccaposele.edu.it*](http://www.iccaposele.edu.it/)  Codice Meccanografico AVIC871008 |  |

ALLEGATO B/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

AL PERSONALE DOCENTE

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita

all’ alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_

scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

dalla Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per il/la figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

relativa alla somministrazione del farmaco salvavita,

Il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare con le procedure indicate nell’allegato

piano di azione 1.

Caposele, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per presa visione e conferma della disponibilità:

|  |  |
| --- | --- |
| PERSONALE DOCENTE | FIRMA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |