Allegato B/1
AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA
(carta intestata dell'Istituto)

Al Personale Docente
Al Personle 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 .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:	Personale ATA:

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