CONVITTO NAZIONALE "Vittorio Emanuele II"
Primaria - Secondaria di I Grado - Liceo Scientifico - Liceo Classico Europeo
Distretto 47 – C.M.: NAVC010009 - C.F. 80014710638
Piazza Dante, 41 - 80135 NAPOLI – Tel 0815491740 – Fax 081549.9385/9402

sede EDUCANDATO STATALE
Infanzia - Primaria - Secondaria di I Grado
Piazza Miracoli, 37 - 80137 NAPOLI – Tel 08119706090 - Fax 08119706089

Al Personale Docente
Al Personale Educativo
Al Personale ATA
ATTI

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

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 **indispensabile**, il Rettore Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il Genitore consegnerà al Personale della Scuola una confezione nuova ed integra del medicinale…….da somministrare ogni giorno alle ore…… all'Alunno/a nella dose di ……..come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il Genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato 1;
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro e/o fresco per gli Alunni ma di facile accesso per il Personale che effettuerà la somministrazione 2;
- Il medicinale sarà somministrato all'Alunno da 3:

……. …….

……. …….

Luogo e data……

Per presa visione e conferma della disponibilità

Il Personale incaricato (firma)

1. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto
2. Indicare il luogo della custodia
3. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni