# Allegato A/2

# 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.

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

Per presa visione e conferma della disponibilità

|  |  |
| --- | --- |
| Personale Docente | Personale ATA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Il Dirigente Scolastico Prof.ssa Antonella Gravina

*Firma autografa omessa ai sensi dell’art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993*