

**Ministero dell'Istruzione e del Merito**

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA

**ISTITUTO COMPRENSIVO 2 “RITA LEVI-MONTALCINI”**

VIA AVEZZANA, 123- 81055 - SANTA MARIA CAPUA VETERE (CE)

Tel. 0823846046 - telefax 0823898140

Codice Fiscale: 94017900617 - Codice Meccanografico: CEIC876008

Email: [ceic876008@istruzione.it](mailto:ceic876008@istruzione.it) - PEC: [ceic876008@pec.istruzione.it](mailto:ceic876008@pec.istruzione.it)

sito: <http://www.ic2rlevi-montalcini-smcv.edu.it>

**ALL. 4/B**

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI**

**E PIANO D’INTERVENTO**

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione alla somministrazione di **farmaco indispensabile**.

A seguito della richiesta presentata dai genitori/esercenti la potestà sul minore

.................................................................................. iscritto alla classe ..................................................

scuola………………………………………………………………………………………………….. .

relativa alla somministrazione di farmaco indispensabile, il Dirigente scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà3 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 qualvolta il medicinale sarà terminato.
* Il medicinale sarà conservato con le modalità indicate dalla prescrizione medica, in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione.
* Il medicinale sarà somministrato all'alunno da .......................................................................

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Giuseppina Verile

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (nome, cognome e firma)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Pag. **1** a **1**