|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | C:\Users\EBURNEA\Desktop\untitled.png***ISTITUTO D’ISTRUZIONE SUPERIORE “GEMELLI CARERI”***Corso Aspromonte - 89014 Oppido Mamertina (RC) - Tel. 096686186*email:**rcis02200t@istruzione.it**pec:**rcis02200t@pec.istruzione.it**sito web:* [*www.isoppido.it*](http://www.isoppido.it) |  |

**AUTORIZZAZIONE AL PERSONALE DOCENTE/ATA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Personale Docente della classe………….

Ai genitori dell’alunno/a……………………….

Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione per somministrazione farmaco indispensabileall’alunno/a………………………………. frequentante la classe…………................ in ambito ed orario scolastico da parte del personale individuato dal Dirigente Scolastico.Aseguitodella richiesta prot…………………………….Inoltrata dai Sigg………………………………………………per il figlio/a……………………………………………..relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile in orario scolastico, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco…………….secondo il seguente piano di intervento:

1. Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale da somministrare nel caso all’alunno/a dovesse presentarsi l’urgenza come da prescrizione medica allegata in copia alla presente **(avvertire 118 e genitori dell’alunno/a)**
2. Il medicinale sarà somministrato all’alunno/a da:
* …………………………………………………
* …………………………………………………
* …………………………………………………
1. Il medicinale sarà conservato (es. nell’aula al piano terra adibita ad ufficio del Responsabile di plesso)…………………………………………ed a cura dello/a stesso/a.
2. Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato.

Presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

* …………………………………………………………………………………………………………..
* …………………………… (1° sostituto) ………………………………………………………………
* ……………………………(2° sostituto)………………………………………………………………..

Il Dirigente Scolastico