**( ALL B1 )**

**AUTORIZZAZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA E/O INDISPENSABILE**

Alla Squadra Addetti di **Primo Soccorso** Scuola…………………………..

Alle Docenti della **Classe …….**della Scuola ……………………………………

e. p.c.

Ai docenti della Classe ………… della Scuola …………………………………….

Alla segreteria alunni di ……………………..

*Mezzo: E-mail*

**Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaci salvavita e/o indispensabile all’alunno …………….. frequentante la classe …………. scuola …………… di ……………..**

A seguito della richiesta inoltrata presso la direzione dell'Istituto Comprensivo dalla famiglia dell’alunno **……………..** relativa alla somministrazione del farmaci, rilevate le disponibilità per la somministrazione del farmaco, il 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 all'alunno come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e **allegata in copia alla presente**. A tale fine si dovrà redigere apposito VERBALE DI CONSEGNA allegato alla presente.
* Il genitore provvederà a **rifornire la scuola di una nuova confezione integra**, ogni qual volta il medicinale **sarà terminato o scaduto**.
* Il genitore si **renderà disponibile per informare/formare** il Personale Scolastico autorizzato in merito alle **modalità di somministrazione del farmaco, qualora lo stesso Personale scolastico ne faccia richiesta ed il genitore abbia le competenze necessarie per la informazione/formazione.**
* Il medicinale sarà conservato presso **……………………………………….**, e dovrà essere **di facile accesso** per il Personale scolastico che effettuerà la somministrazione.
* Il medicinale sarà **somministrato all’alunno**, dopo aver verificato nome, scadenza del farmaco, secondo quanto riportato nella **certificazione medica allegata**, dal seguente Personale Scolastico che ha dato la propria disponibilità:

………………………………………………

……………………………………………….

………………………………………………..

**Se trattasi di farmaco salvavita, il personale incaricato si atterrà al PIANO DI AZIONE (ALL. B4)**

Alla presente autorizzazione si allega **CERTIFICAZIONE MEDICA** presentata dalla famiglia e sottoscritta dal Pediatra, per la quale si invita ad attenta lettura.

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per presa visione e conferma della disponibilità:

**PERSONALE DOCENTE ADDETTI PRIMO SOCCORSO**

**…………………………………… ………………………………………………..**

**………………………………..… ……………………………………….………..**

**……………………………..…… …………………………………………..…...**

**……………………………….…. …………………………………………………**

**……………………………..…… …………………………………………………**