ISTITUTO COMPRENSIVO *MARCO POLO*
Via Luigi Fabbri, 1 - 60044 **FABRIANO** (AN)
Tel. 0732 21971 Fax 0732 4797 C.F. 90016680424
sito web: ***icmpolo.edu.it*** e-mail: ***anic84600e@istruzione.it*** PEC: ***anic84600e@pec.istruzione.it***

Prot. come da segnatura data vedi segnatura

Al Personale Docente autorizzato
Al Personale ATA autorizzato
Al fascicolo personale dello studente

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco all'alunno/a _____ frequentante la classe ____ scuola _____

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal Sig. _____ per il figlio _____ prot. n. _____ del _____, relativa alla somministrazione del farmaco**,** il Dirigente Scolastico autorizza il personale in elenco a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione. [1]

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:		Personale ATA:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Patrizia Leoni
firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.Lgs. 39/93