



**AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Il Dirigente Scolastico, Arch. Antonio Balestra

**VISTA**

La disponibilità del personale sottoindicato

Avendo verificato che detto personale ha effettuato il corso di formazione per la "somministrazione dei farmaci" come da attestato agli atti della scuola

Preso atto della richiesta della famiglia di somministrazione di farmaco in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/ certificazione allegata.

Verificato che la procedura di richiesta è conforme al "regolamento per la somministrazione dei farmaci"

**AUTORIZZA**

- ..... in qualità di docente/collaboratore scolastico

Alla somministrazione di \_\_\_\_\_ all'alunno/a .....

frequentante la classe..... come previsto dal piano individuale di intervento per

\_\_\_\_\_ (allergia/asma, convulsioni/epilessia, diabete)

**come previsto dal "Regolamento per la somministrazione dei farmaci" presente all'albo di istituto (albo web)**

Il farmaco sarà fornito dalla famiglia e conservato in luogo chiuso insieme alla documentazione che si invita a leggere con attenzione.

Data \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

Arch. Antonio Balestra

Per accettazione da parte del personale (apporre la firma in calce alla presente)

TORINO, .....