Sez.\_



Via Ronca 11 - 83047 **LIONI** (AV)

con plesso e sezioni associate di scuola dell’infanzia, primaria e sec. di 1° grado di **Teora** (AV)

AVIC86000T - C.F.91007490641 - C.U. Fatt.UFIV4S

Sito web: [www.iclioni.edu.it](http://www.iclioni.edu.it)

tel/fax: 082742046 e-mail: avic86000t@istruzione.it e-mail pec: avic86000t@pec.istruzione.it

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Scuola dell’infanzia e scuola primaria Scuola secondaria 1°gradoScuola dell’Infanzia, primaria e sec. 1° | Via Ronca 11Via Ronca 20Largo Europa 10 | 83047 Lioni (AV)83047 Lioni (AV)83056 Teora (AV) | Tel/Fax 082742046-0827 270275Tel. 082742015Tel. 082751077 |

ALLEGATO B/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

AL PERSONALE DOCENTE

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita

all’ alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_

scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell’Istituto,

dalla Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per il/la figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

relativa alla somministrazione del farmaco salvavita,

Il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare con le procedure indicate nell’allegato

piano di azione 1.

Lioni, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per presa visione e conferma della disponibilità:

|  |  |
| --- | --- |
| PERSONALE DOCENTE | FIRMA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |