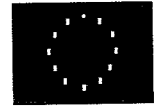




ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "M. BUONOCORE - A. FIENGA"
Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria 1° Grado
 80062 **META** (NA) - Via G. Marconi, 21
 tel. 081 8786997 - fax. 081 5323533 - C.M. NAIC871003 - C.F. 82019520632 - Distr. 039
 E-mail : naic871003@istruzione.it E-mail PEC : naic871003@pec.istruzione.it
 Sito Web : www.icbuonocorefiengameta.gov.it



Allegato B/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente Al
 Personle ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

all'alunno/a frequentante la classe scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,
 dal/i Sig. per il/la figlio/a

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco
 con le procedure indicate nell'allegato piano di azione. ¹

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

1

Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "M. BUONOCORE - A. FIENGA"

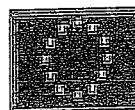
Scuola dell'infanzia - Primaria - Secondaria 1° grado

80062 META (NA) - Via G. Marconi, 21

tel. 081 8786997 - fax. 081 5323533 - C.M. NAIC871003 - C.F. 82019520632 - Distr. 039

E-mail : naic871003@istruzione.it E-mail PEC : naic871003@pec.istruzione.it

Sito Web : www.icbuonocorefiengameta.gov.it



Allegato B/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data alle ore la/il sig. genitore
dell'alunno/a frequentante la classe
..... della scuola

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

.....
da somministrare al/alla bambino/a in caso di¹ nella dose
..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla
presente, rilasciata in data dal dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
- La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data il

Il genitore

Le insegnanti

.....

.....

1 Indicare l'evento



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "M. BUONOCORE - A. FIENGA"

Scuola dell'infanzia - Primaria - Secondaria 1° Grado

80062 META (NA) - Via G. Marconi, 21

tel. 081 8786997 - fax 081 5323533 - C.M. NAIC871003 - C.F. 82019520632 - Distr. 039

E-mail: naic871003@istruzione.it E-mail PEC: naic871003@pec.istruzione.it

Sito Web: www.icbuonocorefiengameta.gov.it



Allegato C/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

all'alunno/a frequentante la classe scuola
.....

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

dal/i Sig. per il/la figlio/a
.....

relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile**, 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 ogni giorno alle ore all'alunno/a nella dose di come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato¹.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione²:
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da³:

.....
.....

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

1. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

2. Indicare il luogo della custodia 3.

Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "M. BUONOCORE - A. FIENGA"

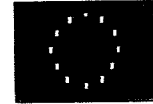
Scuola dell'infanzia - Primaria - Secondaria 1° Grado

80062 META (NA) - Via G. Marconi, 21

tel. 081 8786997 - fax. 081 5323533 - C.M. NAIC871003 - C.F. 82019520632 - Distr. 039

E-mail : naic871003@istruzione.it E-mail PEC : naic871003@pec.istruzione.it

Sito Web : www.icbuonocorefiengameta.gov.it



Allegato C/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

In data alle ore la/il sig. genitore dell'alunno/a frequentante la classe della scuola consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale..... da somministrare al/alla bambino/a ogni giorno alle ore nella dose come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data dal dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data il

Il genitore

Le insegnanti

