

All. B/1

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita

Alunno/a.....frequentante la classe.....
scuola.....

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

dai Sig.....per il/la
figlio/a..... relativa alla somministrazione del farmaco salvavita

il Dirigente Scolastico

autorizza a somministrare il farmaco con il seguente piano di azione allegato (vedi All. 2 da compilare e adattare alla esigenza specifica).

Il Dirigente scolastico

Ascoli Piceno,

Le insegnanti

Personale ATA

.....
.....
.....
.....