**(Allegato 5)**

Oggetto: Autorizzazione somministrazione farmaci

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

VISTA la richiesta scritta di somministrazione di farmaci al figlio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

VERIFICATA la correttezza e la completezza della documentazione prodotta;

VERIFICATA la disponibilità e la presenza di personale Addetto al Pronto Soccorso, e altro personale insegnante;

VERIFICATA la possibilità di conservazione e/o somministrazione dei farmaci;

CONSTATATA l’esistenza nell’istituto delle condizioni necessarie per la conservazione e la somministrazione dei farmaci

**PROVVEDE**

affinché tutti gli insegnanti dell’alunno con patologia siano messi correttamente a conoscenza della malattia, della assunzione di farmaci in orario scolastico, di che cosa ci si può attendere in una situazione di emergenza, di come intervenire e della loro condizione di osservatori dell’alunno durante la sua permanenza a scuola

**AUTORIZZA**

la somministrazione della terapia farmacologica prescritta in ambito e orario scolastico come richiesto.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Cannone Filomena