

**Allegato A/2**



Distretto Scolastico n. 15  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE RENDE CENTRO  
Via D. Vanni, 43 - 87036 Rende (Cs) ☎ tel. e fax 0984 – 443004  
e-mail [csic89000n@istruzione.it](mailto:csic89000n@istruzione.it) - web: [www.icrendecentro.gov.it](http://www.icrendecentro.gov.it)  
C.F. 80004280782 – Cod. mecc. CSIC89000N

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO  
SALVAVITA**

Al Personale Docente  
Al Personale 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.

Luogo e Data .....il.....

Per presa visione e conferma della disponibilità

Personale Docente	Personale ATA

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Antonella Gravina

*Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993*