



**ISTITUTO COMPRESIVO "PIERO FORNARA"**  
Via Ettore Piazza, 5 - 28064 Carpignano Sesia (NO) – tel. +39 0321 825185  
<https://www.iccarpignanosesia.edu.it/>  
[noic80700p@istruzione.it](mailto:noic80700p@istruzione.it) – [noic80700p@pec.istruzione.it](mailto:noic80700p@pec.istruzione.it)  
**COD. NOIC80700P | C.F. 80015590039 | Codice Univoco UFAUSI**



Carpignano Sesia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_

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

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

**Alunno/a ..... classe ..... a.s.**  
.....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la dirigenza dell'Istituto,  
dal/i Sig. ....  
per il/la figlio/a .....  
frequentante la classe ..... a.s. ...., relativa alla somministrazione del  
farmaco indispensabile, il Dirigente Scolastico **autorizza** a somministrare il farmaco secondo il  
seguito piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale ..... da somministrare ..... 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 terminato<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto.

Modulistica per la scuola – Somministrazione di farmaci in orario scolastico – Autorizzazione farmaco indispensabile -

Allegato 2

Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione<sup>2</sup>:

.....  
.....

.....  Il medicinale sarà somministrato all'alunno da<sup>3</sup>:

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

Carpignano Sesia, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Silvana Romeo  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art.3, comma 2 D.Lgs 39/93

Per presa visione e conferma della disponibilità:

<b>IL PERSONALE INCARICATO (firma)</b>	

<sup>2</sup>Indicare il luogo della custodia.

<sup>3</sup>Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni.

