**Allegato C**

    

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**

*Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria I Grado*

87010 TERRANOVA DA SIBARI (CS)

*Tel. 0981/957354 - FAX 0981/955092 – Via Orto S. Antonio Cod. Fisc.: 94006030780 –*

*Cod. Mecc.CSIC842008 Sito web:* <http://www.ic terranovadasibari.edu.it/>

*Email:* csic842008@istruzione.it- Codice Univoco UFL1E5

Al Personale Docente

Al Personale ATA

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

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

all’alunno Dimitrov Petros, frequentante la classe I B

scuola Secondaria di I grado plesso di Terranova da Sibari

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

dalla Sig.ra Rosita Stefanova Stefanova

per il figlio Dimitrov Petros

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita: Baqsimi Glucagone spray Nasale**

**in caso di iperglicemia somministrare: Humalog Kwick Pen Junior**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**AUTORIZZA**

a somministrare il farmaco, qualora fosse necessario, con le procedure indicate nell’allegato piano di azione.

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

Per presa visione e conferma della disponibilità:

|  |
| --- |
| Personale Docente |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Personale ATA |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |