



Prot. n.

**Allegato 3**

**INDIVIDUAZIONE PERSONALE SCOLASTICO PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

Al Personale Docente  
 Al Personale ATA

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Per l'alunno/a ..... frequentante la classe  
 ..... scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal/i suo/i genitore/i  
 Sig./Sig.ra.....

relativa alla somministrazione all'alunno di un farmaco **salvavita**,

**INDIVIDUA**

il seguente personale scolastico per la somministrazione del farmaco con le procedure indicate  
 nell'allegato piano di azione:<sup>1</sup>

PERSONALE DOCENTE	PERSONALE ATA

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

Il Dirigente Scolastico  
**Prof.ssa Maria Angela Bilotti**  
*firma autografa sostituita a mezzo stampa,  
 ex art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993*

<sup>1</sup> come da allegati Piano di Azione per Farmaco Salvavita (All.3 bis) ed eventuale Piano Individualizzato di  
 Trattamento fornito dai genitori (Presente SI  NO )

Per presa visione e conferma della disponibilità:

PERSONALE DOCENTE	PERSONALE ATA