

ALL. 3

AUTORIZZAZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il Dirigente Scolastico, preso atto degli ALL. 1 e ALL. 2, considerato che il/I farmaco/i può essere/possono essere correttamente conservato/i e collocato/i in luogo idoneo (indicare dove:.....), verificata la disponibilità degli operatore scolastici,

AUTORIZZA

La somministrazione del /dei farmaco/i secondo le modalità previste dal pediatra o dal Medico di Medicina Generale.

Data

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma per accettazione

Docenti, Collaboratori e OSS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nel caso dovesse prendere servizio un docente supplente, questo sarà tempestivamente informato del presente protocollo, dal docente referente o dal coordinatore di classe.**