



*Ministero dell'Istruzione e del Merito*

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. LORU - DESSÌ"**

Via G. Deledda n. 3 - 09039 VILLACIDRO

mail [caic895007@istruzione.it](mailto:caic895007@istruzione.it) PEC [caic895007@pec.istruzione.it](mailto:caic895007@pec.istruzione.it)

Sede degli uffici: Via Cavour n.36 09039 VILLACIDRO (SU)

Tel 070/932030

**Prot. n.**

Vista la richiesta del sig. .... genitore dell'alunno.....  
frequentante la classe..... della Scuola .....

Vista la nota del medico con cui si attesta la necessità di somministrazione di un farmaco salvavita (prot. N..... del .....);

IL DIRIGENTE SCOLASTICO,

incarica il seguente personale scolastico (in ordine di priorità) a somministrare il farmaco salvavita secondo quanto descritto nella prescrizione medica.

I farmaci salvavita, autorizzati dal Dirigente Scolastico, saranno custoditi dal personale incaricato unitamente alle indicazioni di somministrazione (in luogo non accessibile agli alunni, ma rapidamente raggiungibile in caso di emergenza e la cui ubicazione sarà nota a tutto il personale interessato).

Sarà cura dello stesso **personale incaricato informare altri docenti o eventuale personale supplente** a cui dovesse essere affidato l'alunno, della necessità riguardo la somministrazione. **Personale incaricato:**

- |                                                           |             |
|-----------------------------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Nome cognome (docente classi ..) | firma _____ |
| <input type="checkbox"/> Nome cognome (docente classi ..) | firma _____ |
| <input type="checkbox"/> Nome cognome (docente classi ..) | firma _____ |
| <input type="checkbox"/> Nome cognome (docente classi ..) | firma _____ |
| <input type="checkbox"/> Nome cognome (Coll Scol.)        | firma _____ |
| <input type="checkbox"/> Nome cognome (Coll Scol.)        | firma _____ |
| <input type="checkbox"/> Nome cognome (Ass. Amm.)         | firma _____ |

..

Il nominativo dell'alunno per cui è necessaria la somministrazione del farmaco salvavita DEVE ESSERE INDICATO anche all'interno del registro delle presenze della classe. Si ringrazia per la collaborazione

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

*Prof.ssa Marinella GIORRI*

Firmato digitalmente ai sensi  
del D.lgs. n.82/2005 e normativa connessa



*Ministero dell'Istruzione e del Merito*

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. LORU - DESSÍ"**

Via G. Deledda n. 3 - 09039 VILLACIDRO

mail [caic895007@istruzione.it](mailto:caic895007@istruzione.it) PEC [caic895007@pec.istruzione.it](mailto:caic895007@pec.istruzione.it)

Sede degli uffici: Via Cavour n.36 09039 VILLACIDRO (SU)

Tel 070/932030

(DA INCOLLARE NELLA PRIMA PAGINA DEL REGISTO)

**IN QUESTA CLASSE E' PRESENTE ALUNNO/A CON  
NECESSITA' DI FARMACO SALVAVITA.  
RIVOLGERSI NELL'ORDINE AL SEGUENTE PERSONALE**

.....

INS. ..

INS. ..

INS. ..

INS. ..

Coll Scol. ...