

ALL. B/1

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"G. GALILEI" - BUSTO ARSIZIO**

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

alunno/a

frequentante la classe scuola.....

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

dal Sig. per il/la

figlio/a

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita** il Dirigente scolastico autorizza a somministrare il farmaco con il seguente piano di azione:

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

Busto Arsizio, lì

GLI INSEGNANTI

IL PERSONALE ATA