



ISTITUTO di ISTRUZIONE  
SECONDARIA SUPERIORE  
**MARIE CURIE**

• LICEO SCIENTIFICO  
• TECNICO TECNOLOGICO  
• PROF. LE INDUSTRIA E ARTIGIANATO

**SAVIGNANO sul RUBICONE (FC)**

Via Togliatti n.5 C.A.P. 47039

Tel. 0541 944602

Fax 0541 941481

C.F. 90038920402

Mail: [info@mcurie.com](mailto:info@mcurie.com) \_ [fois001002@istruzione.it](mailto:fois001002@istruzione.it)

P.E.C. [fois001002@pec.istruzione.it](mailto:fois001002@pec.istruzione.it)

Web site: [www.mcurie.gov.it](http://www.mcurie.gov.it)

(Allegato 3 – Incaricati alla Somministrazione)

Prot.n. /C27 Data,

Al Fascicolo Personale dell'alunno

.....

Agli insegnanti della classe.....

Al personale ausiliario

-IN BUSTA CHIUSA DATI SENSIBILI-

**OGGETTO: Protocollo per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico.**

### **Designazione Incaricati alla Somministrazione**

Il Dirigente Scolastico,

-visto l'art. 2 comma 2 del Protocollo Provinciale per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico;

-vista l'istanza presentata dagli interessati;

-verificata la presenza nella stessa degli allegati richiesti;

### **INDIVIDUA**

Il/la ..... quali Incaricati alla  
Somministrazione del farmaco .....

all'alunno nelle modalità descritte nel "Percorso d'Intervento" e

### **DISPONE**

affinché da parte dei sopracitati:

- sia data esecuzione a quanto indicato nel modulo allegato;
- si provveda ad organizzare la tenuta del Registro Giornaliero relativo alla somministrazione dei farmaci per ciascun allievo ove sia attestata ogni somministrazione, il nome dell'adulto autorizzato che ha provveduto o assistito alla medesima;
- si garantisca formazione/informazione.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

.....