**Allegato 5**

Designazione del personale autorizzato alla somministrazione

A seguito della richiesta inoltrata presso l'Istituto,

dal/i Sig. .......................................................................................................................................

per il/la figlio/a .................................................................................................................................

relativa alla somministrazione di farmaci**,** il Dirigente Scolastico designa le seguenti persone:

1. .................................................................................................................................

2. .................................................................................................................................

3. .................................................................................................................................

4. .................................................................................................................................

5. .................................................................................................................................

6. .................................................................................................................................

7. .................................................................................................................................

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Per presa visione e conferma della disponibilità:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personale Docente: |  | Personale ATA: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Agrigento, .......................