



Istituto Comprensivo G. Bertacchi
Scuola Primaria e Scuola Secondaria di primo grado

Via Pindemonte n. 2, 21052 - Busto Arsizio (VA) - Tel: +39 0331.631953
Email: VAIC857005@istitutobertacchi.it - VAIC857005@pec.istruzione.it
CF: 81014210124 - CM: VAIC857005 - CU: UFR09V



ALL. B/1

Ai docenti de dell'alunno/a

.....

Al personale ATA del plesso

Agli Atti

**ISTITUTO COMPrensIVO
"BERTACCHI" - 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

IL DIRIGENTE