**Allegato 5**

**DESIGNAZIONE DEL PERSONALE AUTORIZZATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI**

A seguito della richiesta inoltrata presso la Segreteria dell’I.I.S. “Federico II” di Apricena, dal/i Sig.........................................................................................................................................................

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

relativa alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico, il Dirigente Scolastico designa le seguenti persone:

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **PERSONALE DOCENTE/ATA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

a somministrare il farmaco secondo le procedure acquisite nella formazione con gli specialisti.

**Per presa visione e conferma della disponibilità:**

**Firme Personale Docente:**

**Firme Personale ATA:**

Data………………………………………