Allegato 4

Alla Famiglia dello Studente

……

Classe ……..

Al Personale della Scuola

OGGETTO: autorizzazione per il personale scolastico alla somministrazione di farmaci a scuola

Vista la richiesta di somministrazione di farmaci in orario scolastico da parte della famiglia (allegato 2A) o dello studente maggiorenne (allegato 2B)
Visto il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;
Considerato che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;
Vista l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;
Vista la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;
Vista la disponibilità espressa dagli interessati come da prot. ……

AUTORIZZA

I seguenti dipendenti alla somministrazione all'alunno……della classe …… nell'anno scolastico …… dei farmaci indicati nella certificazione medica **All.1** con le procedure indicate nel Piano di Intervento **All.5** o alla sorveglianza dell'alunno maggiorenne in caso di autosomministrazione

I seguenti dipendenti devono attenersi alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso

Cognome e nome	Docente o ATA	Firma per disponibilità

Il personale supplente al momento dell'entrata in servizio dovrà essere informato del piano di intervento dal coordinatore di classe.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa SARA Battista