

Prot. n.
Data

AI DOCENTI DELLA CLASSE _____
AI COLLABORATORI SCOLASTICI

OGGETTO: RICHIESTA DISPONIBILITÀ PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Con la presente, il Dirigente scolastico

VISTA la richiesta, presentata da un genitore, di somministrazione di farmaci indispensabili, da effettuarsi al bisogno, in favore della propria figlia/del proprio figlio, frequentante la classe e sezione _____, plesso _____;

PRESO ATTO della presenza della certificazione medica e della documentazione necessaria;

VISTO che la somministrazione del farmaco può essere erogata da personale adulto non sanitario, configurandosi come un'attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene nella somministrazione, come attestato nel certificato medico,

CONSIDERATO che i genitori dichiarano di sollevare il personale somministratore da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico;

CHIEDE

eventuale disponibilità da parte del personale docente o collaboratore scolastico ad effettuare, al bisogno, la somministrazione dei farmaci indicati in apposita richiesta.

Si allega modello da compilare e consegnare in segreteria in caso di disponibilità alla somministrazione.

Il Dirigente Scolastico
Emanuela De Domenico

Allegato

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Salvo D'Acquisto
Cerveteri

Oggetto: **Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il /la sottoscritto/a....., nato a,
il

- ☐ personale ATA
- ☐ Docente

presso l'IC Salvo D'Acquisto di Cerveteri , plesso

preso atto della richiesta di disponibilità a somministrazione farmaco in favore
dell'alunnodella classe..... avanzata dal
Dirigente scolastico;

considerato

- ☐ che la somministrazione del farmaco può essere erogata da personale adulto non sanitario, configurandosi come un'attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene nella somministrazione, come attestato nel certificato medico;

oppure

- ☐ che il sottoscritto è in possesso di specifica formazione per la somministrazione del farmaco in oggetto;

vista la dichiarazione dei genitori, i quali sollevano il personale somministratore da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Firma

.....