

Scuola Paritaria dell'Infanzia San Giuseppe

Codice Meccanografico FI 1A10800P

Scuola Primaria Paritaria Giuntini

Codice Meccanografico FI1E03200L

via del Capitano n.2 - Pontassieve (FI), tel. 055.8368278
segreteria@coopgiuntini.it scuolagiuntini@pec.itCodice modulo:
SCUOLA-030

Revisione del 01/09/2021

**Autorizzazione alla somministrazione farmaco/i
nei locali ed in orario scolastico**

Prot. n. _____

Pontassieve, _____

Alla Famiglia dell'alunno _____

al Personale individuato per la Somministrazione del Farmaco

al team docenti della classe / sezione _____

al medico che ha redatto il Piano Terapeutico Dott. _____

IL COORDINATORE SCOLASTICO

- Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a _____ iscritto/a alla sezione/classe _____ della Scuola dell'Infanzia San Giuseppe / Scuola Primaria Giuntini sita in Pontassieve, via del Capitano 2.
- Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL n. _____ / dal Dott. _____ in data ___/___/____, nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome commerciale) _____ da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

- _____
a effettuare la somministrazione / a vigilare l'autosomministrazione da parte dell'alunno;
- Vista la tipologia del farmaco salvavita / indispensabile
- Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

DISPONE

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale al responsabile incaricato Sig./Sig.ra _____ con redazione del verbale di consegna;

che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale: _____;

che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell' esercente la potestà genitoriale, che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, individuato dal Coordinatore Scolastico:

| COGNOME E NOME | QUALIFICA | FIRMA |
|----------------|-----------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |

Il Coordinatore Scolastico