# *Modulo 5*

# AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZINOE DEI FARMACI NEI LOCALI E IN ORARIO SCOLASTICO

* Alla Famiglia dell’alunno
* Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco
* Agli Insegnanti della classe \_\_\_\_ sezione\_\_\_
* Al Fascicolo personale dell’alunno/a

**Oggetto:** *Autorizzazione per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico all’alunno/a…………………………………………………..*

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

* **Vista** la richiesta di somministrazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell’alunno/a …………………………………, iscritto/a alla classe …… sez … di questa Istituzione Scolastica, plesso ………………………………………..,
* **Vista** la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Dott. ………………………… in data …/…/..…, nella quale si attesta l’assoluta necessità di somministrazione in orario scolastico 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;
* **Vista** la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde) □salvavita (Oppure) □ indispensabile
* **Constatata** la presenza di personale scolastico resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, e adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato;
* 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;
* AUTORIZZA
* la somministrazione del farmaco in orario scolastico dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, e adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico

Il Dirigente Scolastico

*Prof. Paolo Mauriello*