

Istituto Comprensivo "NOSSIDE - PYTHAGORAS"



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado Statale

Via Salita Aeroporto, s.n.c. - 89131 Reggio Calabria - Tel. e fax: 0965/643271

Cod. Ministeriale: **RCIC86900V** - Cod. Fisc.: **92081130806** - Cod. Fatturazione Elettronica: **UFUMT3**

Peo: rcic86900v@istruzione.it - Pec: rcic86900v@pec.istruzione.it - Sito Web: www.nossidepythagoras.it



ALLEGATO 8

OGGETTO: Somministrazione farmaci in orario e in ambito scolastico – a.s. 2023/2024.

Il/La sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ prov. _____ via/piazza _____

cap _____ nella qualità di Docente Collaboratore Scolastico Altro

in servizio presso il plesso _____ ordine:

scuola dell'Infanzia scuola Primaria scuola Secondaria di primo grado

di Codesta Istituzione scolastica,

- CONSIDERATA l'istanza prodotta dai genitori/responsabili della genitorialità dell'alunno/a:

NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

frequentante la sezione/classe _____ del plesso _____

ordine: scuola dell'Infanzia scuola Primaria scuola Secondaria di primo grado

- VERIFICATO che, come da Piano terapeutico, la vigilanza all'autosomministrazione del/i farmaco/i da parte dell'alunno/a o la somministrazione 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 e che le conseguenze relative all'errata somministrazione non sono da considerarsi imputabili al personale che si è reso disponibile;

- PRESO ATTO che, in accordo con i richiedenti, in caso di disponibilità, si è formalizzata la ferma volontà di non imputare al personale scolastico ogni eventuale effetto relativo alle conseguenze che tali farmaci potrebbero avere sull'alunno/a, derivanti dalla vigilanza o dalle modalità di somministrazione degli stessi;

- CONSTATATA la disponibilità da parte del medico specialista/pediatra/altra figura medica di

competenza a fornire agli operatori scolastici resosi disponibili, nei modi più opportuni, tutte le informazioni necessarie per la corretta identificazione degli eventi che necessitano dell'autosomministrazione/somministrazione del/i farmaco/i, nonché le istruzioni per la corretta somministrazione dello/degli stesso/i;

DICHIARA

la propria disponibilità alla:

- VIGILANZA ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE SOMMINISTRAZIONE
DEL/I FARMACO/I

nei modi e nei tempi di cui al Piano terapeutico redatto dal medico specialista/pediatra/altra figura medica di competenza.

_____ , _____

Firma
