

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

Prot. n. _____ del ___/___/_____

Ai genitori/esercenti la responsabilità genitoriale

dell'alunno/a _____

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco
Agli Insegnanti della classe ____ sezione ____
Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto

Alla Azienda ASL _____

Oggetto: *Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico all'alunno/a.....*

I sottoscritti Dirigente scolastico e il Referente per l'Azienda ASL....
..... dott.,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a (oppure: dall'alunno/a, in caso di studente maggiorenne), iscritto/a alla classe sez... dell'Istituto, plesso, sito in via....., località.....;

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda ASL 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;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde)

salvavita (Oppure) 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;

Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Azienda ASL nelle date indicate nella tabella sottostante;

DISPONGONO

Che il farmaco venga consegnato dal genitore, tutore, esercente la patria potestà al responsabile incaricato Sig./Sig.ra _____;
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 vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'auto-somministrazione, ecc.): _____;

Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

| COGNOME e NOME | Tipo di personale | FIRMA (leggibile) del personale scolastico | Data dell'Attestato di formazione rilasciato dalla Azienda ASL |
|----------------|-------------------|--|--|
| | | | / / |
| | | | / / |
| | | | / / |
| | | | / / |

Il Dirigente Scolastico

L' Azienda ASL _____

Dott.ssa.

Dott.

Firma: _____

Firma: _____

Il sottoscritto genitore, tutore, esercente la responsabilità genitoriale _____,

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda ASL _____ con la presente:

esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari _____.

Luogo _____ Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Firma del tutore/esercente la responsabilità genitoriale _____

Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore:

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori, Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Data _____

Firma _____

Si allegano documenti d'identità dei genitori/tutori/ esercenti responsabilità genitoriale

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la presente dichiarazione è sottoscritta dagli interessati in presenza del dipendente addetto oppure sottoscritta e inviata all'ufficio competente unitamente a copia fotostatica non autenticata dei documenti di identità dei sottoscrittori.

Riservato all'Ufficio

Io sottoscritto/a attesto che la sottoscrizione della presente dichiarazione è stata apposta in mia presenza.

Data

Firma del dipendente addetto