

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 USL nelle date indicate nella tabella sottostante;

DISPONGONO

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure dalla studentessa/studente, in caso di maggiore età) 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 (oppure: della studentessa/studente), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy della studentessa/studente (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale

dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà la/lo studentessa/studente nell'autosomministrazione, 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 USL |
|----------------|-------------------|--|--|
| | | | / / |
| | | | / / |
| | | | / / |
| | | | / / |

Il Dirigente Scolastico

L' Azienda USL _____

Prof.

Dott.

Firma: _____

Firma: _____

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure studentessa/studente, in caso di maggiore età) _____,

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda USL _____ 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 _____.

Data ___/___/_____

Firma del genitore
o dell'esercente la potestà genitoriale
o della studentessa/studente (se
maggiorenne)
