

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot.n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Alla famiglia dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli insegnanti della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Fascicolo personale dell’alunno/a suddetto

***Oggetto:***

Piano di Inervento Personalizzato per la somministrazione del /i farmaco/i in orario

Scolastico all’alunno/a……………………………………………………………………………………………………….

I sottoscritti Dirigente Scolastico……………………………………….e il Referente per l’ASL………………….

………….Dott………………………………………………….,

* Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli

esercenti la potestà genitoriale dell’alunno/a ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto /a alla classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Istituto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , plesso­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , sito in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_località\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciato 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 e di conservazione del farmaco;

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

X salvavita oppure X 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 la prescrizione contenuta nel Piano Terapeuutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

DISPONGONO

* Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dall’esercente la potestà genitoriale al responsabile incaricato SIG./SIG.RA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Cha il farmaco venga consegnato , 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 vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell’alunno/a (specificare ad esempio l’informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l’alunno nell’autosomministrazione, etc) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | Tipo di personale | FIRMA (leggibile) del personale scolastico |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Il Dirigente Scolastico

Prof. Piero De Luca

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

X esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico;

X si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all’incaricato indiato nel PIP nei seguenti orari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Firma del genitore o dell’esercente la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

F.to Il Dirigente Scolastico Prof.Piero De Luca

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi art.3,comma 2 del decreto legislativo n. 39/93