

**VERIFICA DELLA DISPONIBILITA'
ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO**

Come evidenziato nella richiesta allegata i genitori di
..... frequentante l'IC "Giovanni XXIII", classe.....sezione plesso
chiedono la disponibilità del personale insegnante / ausiliario della scuola
di somministrare, solo in caso di assoluta necessità, il/i seguente/i farmaco/i:

☐

☐

Verificato che, come attestato dalla certificazione medica allegata, la somministrazione non comporta perizia ed abilità specialistica e le conseguenze relative all'errata somministrazione non sono da considerarsi di significativa gravità per la salute dell'alunno, sono ad esprimere parere favorevole ed a richiedere la vostra disponibilità alla somministrazione dei farmaci come indicato dai documenti allegati.

Sono consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni in merito e che, pertanto, di norma non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e può legittimamente non acconsentire.

Rimarco infine che:

- in accordo con la famiglia, in caso di disponibilità, si è formalizzata la ferma volontà dei genitori di non imputare al personale scolastico ogni eventuale effetto relativo alle conseguenze che tali farmaci potrebbero avere sull'alunno o derivanti dalle modalità di somministrazione degli stessi;
- la corresponsabilità del sottoscritto qualora la presente richiesta venisse accolta;
- uno specifico "Percorso d'intervento", comprensivo dell'attività di formazione in situazione rivolta agli operatori scolastici disponibili, garantita dall'ASL e volta a sostenere il personale che si è reso disponibile.

In attesa della vostra consapevole e libera risposta,

Data.....

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Luisa Antonella Ottanà

.....