



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
**Istituto Comprensivo n. 3**  
Via Amiterno,150 – 66100 Chieti Tel. e fax 0871 563494  
PEC: [chic83600e@pec.istruzione.it](mailto:chic83600e@pec.istruzione.it) C.F. 93048760693 e mail: [chic83600e@istruzione.it](mailto:chic83600e@istruzione.it)  
Dirigente Scolastico  
D.ssa Paola Di Renzo

## PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO



**A.S. 2015/16**

## INDICE

1. PREMESSA.....	PAG 3
2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	PAG 3
3. FINALITÀ DEL PROTOCOLLO.....	PAG 4
4. SOGGETTI COINVOLTI.....	PAG 4
5. TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI.....	PAG 4
6. LA PROCEDURA.....	PAG 4

### ALLEGATO A

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO.....	PAG 7
--	-------

### ALLEGATO B

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO.....	PAG 9
---	-------

### ALLEGATO C

RICHIESTA DI <u>AUTOSOMMINISTRAZIONE</u> FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO .....	PAG 10
---	--------

### ALLEGATO D

AUTORIZZAZIONE AI GENITORI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE IN ORARIO SCOLASTICO.....	PAG 11
--	--------

### ALLEGATO E

AUTORIZZAZIONE AL PERSONALE DOCENTE/ATA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO .....	PAG 13
--	--------

### ALLEGATO F

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO .....	PAG 15
--	--------

*"La scuola è aperta a tutti. L'istruzione inferiore, impartita per almeno otto anni, è obbligatoria e gratuita. I capaci e meritevoli, anche se privi di mezzi, hanno diritto di raggiungere i gradi più alti degli studi. La Repubblica rende effettivo questo diritto con borse di studio, assegni alle famiglie ed altre provvidenze, che devono essere attribuite per concorso."*

Art. 34 - Costituzione della Repubblica italiana

## 1. PREMESSA

Il diritto all'istruzione è sancito dall'art 34 della Costituzione della Repubblica italiana sopra citato. Affermare che la scuola è aperta a tutti significa escludere ogni discriminazione (culturale, linguistica, sociale, economica e di salute) nell'accesso ai saperi e nel diritto all'istruzione. Ne deriva la necessità che lo Stato, e di conseguenza la scuola, rimuovano ogni ostacolo affinché l'istruzione sia concretamente accessibile a tutti. In tal senso il nostro Istituto colloca tra i suoi principi-guida, indicati anche nel POF della scuola, l'uguaglianza delle opportunità formative per la realizzazione di una "scuola di tutti e di ciascuno" in un'ottica inclusiva e nella prospettiva di una "speciale normalità" (Rif. Indicazioni Nazionali per il curricolo 2012). L'Istituto Comprensivo 3 pertanto favorisce il diritto all'istruzione di tutti i suoi alunni, non solo di quelli con disabilità certificata o con diagnosi di d.s.a, ma anche di coloro i quali presentano bisogni educativi speciali legati pure alla presenza di malattie o malessere psicologico che interrompono l'andamento della quotidianità, i normali processi di apprendimento e formazione e la serenità stessa del soggetto coinvolto e della famiglia. In tal senso l'Istituto realizza interventi individualizzati e personalizzati, attraverso:

1. la realizzazione della Scuola in Ospedale, ovvero la creazione di una sezione pluriclasse di Scuola Primaria e una sezione eterogenea per la scuola dell'infanzia presso la Clinica Pediatrica del Policlinico "SS. Annunziata di Chieti", in cui operano due docenti, uno per ogni ordine della scuola di base;
2. la realizzazione di percorsi di istruzione a domicilio secondo quanto disposto dalla *L.R. 14 Settembre 1999, n 70* in merito alla "*realizzazione della scuola a domicilio e l'inserimento e l'integrazione sociale delle persone disabili*" che "*a causa di malattie di particolare gravità sono costrette ad assentarsi da scuola per periodi superiori a trenta giorni*";
3. progetti di istruzione a distanza finalizzati a favorire un graduale reinserimento nel contesto scolastico per alunni con bisogni educativi speciali legati alla sfera emotivo-relazionale e a rischio dispersione scolastica;
4. piani di intervento stabiliti a livello d'Istituto, per alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Il presente Protocollo nasce proprio dall'esigenza di regolamentare quest'ultimo punto, nell'ottica di una scuola realmente inclusiva che con la collaborazione e la corresponsabilità di tutti, elimini l'ostacolo rappresentato da una condizione inaspettata o permanente di malattia all'interno dell'ambiente scolastico, per favorire il sereno coinvolgimento delle capacità e aspettative di ogni alunno.

## 2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Nella stesura del presente Protocollo si è tenuto conto della seguente normativa più recente:

***Raccomandazioni congiunte del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca - Ministero della salute per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, emanate il 25-11-2005.***

Una rilettura finale ed una revisione del Protocollo sarà fatta a fine di ogni anno scolastico sulla base delle singole esperienze.

Prot. N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Il presente protocollo di accoglienza è stato sottoposto al Collegio dei Docenti del 13-01-2016*

*E' stato approvato con delibera del Collegio dei Docenti n. \_\_\_\_\_ del 13-01-2016*

### **3. FINALITÀ DEL PROTOCOLLO**

Il **protocollo per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico**, elaborato dall'Istituto Comprensivo 3, ha la finalità di definire gli interventi volti "*all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica*" (Art 1 Linee guida\_somministrazione farmaci). La presenza di cronicità determina infatti uno stato di perturbamento delle relazioni familiari e sociali che, se non adeguatamente supportata, è rilevante fattore di compromissione dello sviluppo della persona. Il Protocollo quindi ha lo scopo di:

- garantire e facilitare l'inserimento scolastico di bambini e ragazzi affetti da malattie croniche;
- favorire nell'alunno l'acquisizione di competenze relative all'autogestione della propria patologia;
- facilitare l'accettazione della patologia cronica da parte dell'alunno;
- tutelare la salute dell'utenza nel migliore dei modi;
- garantire il ruolo educativo e di accoglienza della scuola.

### **4. SOGGETTI COINVOLTI**

La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

1. le famiglie degli alunni e/o gli esercenti la potestà genitoriale;
2. la scuola: Dirigente Scolastico, personale docente ed ATA;
3. i servizi sanitari: i medici di base e le AUSL competenti territorialmente;
4. gli enti locali: operatori assegnati in riferimento al percorso d'integrazione scolastica e formativa dell'alunno.

(Art 3. Linee guida \_somministrazione farmaci)

### **5. TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI**

La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle AUSL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

(Art 2. Linee guida \_somministrazione farmaci)

### **6. LA PROCEDURA**

La somministrazione di farmaci per il trattamento di patologie croniche a scuola è riservata a **situazioni eccezionali ed improrogabili** ed è organizzata secondo un percorso che, coinvolgendo il bambino/ragazzo, la famiglia, il medico proponente e l'istituto scolastico, perviene alla definizione di uno specifico progetto d'intervento. A tal fine ciascuna situazione è oggetto di attento esame e confronto, se necessario attraverso apposito incontro, tra tutti gli attori coinvolti, alla ricerca delle modalità di gestione più appropriate.

Di seguito si illustrano le competenze dei singoli attori.

## Somministrazione di farmaci a scuola

1. **I genitori** degli alunni e/o gli esercenti la potestà genitoriale, richiedono ai servizi di **pediatria delle Aziende Sanitarie**, ai **pediatri di libera scelta** e/o ai **medici di medicina generale**, la certificazione medica attestante lo stato di malattia del proprio figlio e la prescrizione medica specifica del farmaco che riporti le modalità di conservazione, la posologia e i tempi di somministrazione. **(ALLEGATO A)**
  
2. I genitori, utilizzando la specifica modulistica, presentano formale richiesta scritta al Dirigente Scolastico, per la somministrazione di farmaci da parte di soggetti terzi o per autosomministrazione in orario scolastico e allegano la certificazione di cui al punto 1. La richiesta deve essere sottoscritta da entrambi i genitori. **ALLEGATO B / ALLEGATO C nel caso di autosomministrazione.**
  
3. **Il Dirigente scolastico**, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:
  - individua i luoghi fisici idonei per la conservazione e la somministrazione dei farmaci nei vari plessi dell'istituto per l'anno in corso.
  - Concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai **genitori degli alunni**, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci **(ALLEGATO D)**.
  - Verifica la disponibilità degli **operatori scolastici**<sup>1</sup> in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercitanti la potestà genitoriale o loro delegati e concede loro l'autorizzazione **(ALLEGATO E)**. Gli operatori scolastici coinvolti, dichiarano per iscritto la propria disponibilità a somministrare i farmaci agli alunni in orario scolastico tramite apposito modulo **(ALLEGATO F)**.
  - Coinvolge il personale ausiliario allo scopo di ottenere la più ampia collaborazione possibile.
  - Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, valuta se procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.
  - In difetto delle condizioni sopradescritte, ne dà comunicazione formale e motivata ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.
  - Promuove iniziative di formazione per tutto il personale relative alle particolari patologie e alle prassi da seguire. Le suddette iniziative saranno realizzate con il supporto della A.S.L e di soggetti attivi sul territorio.

**N.B. Resta prescritto in ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmabili secondo il Protocollo ai casi concreti presentati, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza** (Art 5. Linee guida \_somministrazione farmaci)

---

<sup>1</sup>Gli operatori scolastici possono essere individuati tra il **personale docente** ed **ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n.626/94**. Potranno, altresì, essere promossi, nell'ambito della programmazione delle attività di formazione degli Uffici Scolastici regionali, specifici moduli formativi per il personale docente ed ATA, anche in collaborazione con le AUSL e gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni. (Art 4. Linee guida \_somministrazione farmaci)

## Auto somministrazione di farmaci a scuola

D'intesa con la famiglia, è prevista l'autosomministrazione dei farmaci a scuola da parte degli alunni stessi. Per poter soddisfare questa esigenza, nella certificazione medica (**ALLEGATO A**) dovrà essere specificato che il paziente può procedere all'autosomministrazione.

Anche in caso di autosomministrazione i genitori degli alunni e/o gli esercenti la potestà genitoriale dovranno presentare al Dirigente Scolastico la richiesta sottoscritta da entrambi, per l'autosomministrazione dei farmaci utilizzano specifica modulistica fornita dalla scuola. (**ALLEGATO C**)

\*\*\*\*\*

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per **l'anno scolastico in corso** e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico.

In caso di modifica della terapia nel corso dell'anno, la precedente richiesta/prescrizione viene **annullata** e sostituita dalla nuova richiesta/prescrizione scritta da produrre al Dirigente Scolastico.

## ALLEGATO A

### PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI SOTTOINDICATI FARMACI SALVAVITA/INDISPENSABILI ALL'ALUNNO/A

Cognome ..... Nome.....  
affetto da ..... Data di  
nascita ..... Residente a ..... in  
via .....frequentante la classe .....  
della Scuola .....  
sita a ..... in via .....  
Dirigente Scolastico .....

#### Compilare in caso di terapia in via continuativa

Nome commerciale del farmaco .....  
Modalità di somministrazione .....  
Dose .....Orario: .....  
nei giorni.....  
Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico .....)  
dal..... al.....

#### Compilare in caso di terapia al bisogno

Nome commerciale del farmaco .....  
Modalità di somministrazione .....  
Dose .....  
IN CASO SI VERIFICHINO LA SEGUENTE SITUAZIONE CLINICA.....  
.....  
Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico .....)  
dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco  
.....

TALE SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO, NÉ L'ESERCIZIO DI DISCREZIONALITÀ TECNICA DA PARTE DI CHI SOMMINISTRA IL FARMACO IN RELAZIONE AD EVENTI, TEMPI, POSOLOGIA, MODALITA', CONSERVAZIONE.

**IL MINORE PUÒ AUTO-SOMMINISTRARSI LA TERAPIA FARMACOLOGICA SORVEGLIATO DAL PERSONALE DELLA SCUOLA**

**SI**

**NO**

NOTE.....  
.....  
.....  
.....

Data.....

Timbro e firma del Medico

.....



## ALLEGATO B

### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti.....  
genitori di.....  
nato a .....il..... residente a .....  
in via.....  
frequentante la classe..... della Scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di 1°grado  
.....; essendo il minore affetto da  
..... e constatata l'assoluta necessità,  
chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci richiesti come da allegata  
certificazione medica rilasciata in data .....dal dott.  
.....

Si richiede la somministrazione dei suddetti farmaci da parte:

- del genitore .....
- del personale individuato dal Dirigente Scolastico.

**Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario identificato dal Dirigente Scolastico, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03  
(i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

**SI**

**NO**

#### **Numeri di telefono utili**

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori .....

## ALLEGATO C

### RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti.....  
genitori di.....  
nato a .....il..... residente a .....  
in via.....  
frequentante la classe..... della Scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di 1° grado  
.....; essendo il minore affetto da  
..... e constatata l'assoluta necessità,  
chiedono che lo stesso sia autorizzato ad **auto-somministrarsi la terapia farmacologica**  
**sorvegliato dal personale della scuola** in ambito ed orario scolastico come da allegata  
certificazione medica rilasciata in data.....dal Dott.  
.....

**Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario identificato dal Dirigente Scolastico, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà  
.....

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03  
(i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

**SI**

**NO**

#### **Numeri di telefono utili**

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori ..... Genitori .....



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo n. 3  
Via Amiterno,150 – 66100 Chieti Tel. e fax 0871 563494

PEC: [chic83600e@pec.istruzione.it](mailto:chic83600e@pec.istruzione.it) C.F. 93048760693 e mail: [chic83600e@istruzione.it](mailto:chic83600e@istruzione.it)

Dirigente Scolastico

D.ssa Paola Di Renzo

## ALLEGATO D

### AUTORIZZAZIONE AI GENITORI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE IN ORARIO SCOLASTICO

Al Personale Docente della classe.....

Scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di 1°

Plesso.....

Ai genitori dell'alunno.....

Al Personle ATA

Oggetto: autorizzazione per somministrazione farmaco **salvavita/indispensabile**

all'alunno/a ..... frequentante la classe .....

della Scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di 1° ..... in

ambito ed orario scolastico da parte dei genitori.

A seguito della richiesta inoltrata presso la direzione dell'Istituto, dal/i Sig. ....

.....  
per il/la figlio/a .....

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita/indispensabile**, in orario scolastico, il

Dirigente Scolastico autorizza il/la Sig/Sig.ra .....

padre/madre dell'alunno/a..... a somministrare il

farmaco .....al/alla proprio/a figlio/a in ambito ed orario scolastico:

[INDICARE CON X]

a) **TUTTI I GIORNI / NEI GIORNI**..... **ALLE ORE** .....  
NELLA **DOSE** DI ..... COME DA PRESCRIZIONE  
MEDICA GIÀ CONSEGNATA IN SEGRETERIA E ALLEGATA IN COPIA ALLA PRESENTE.

b) NEL CASO AL/ALLA FIGLIO/A **DOVESSE PRESENTARSI L'EVENTO**  
....., NELLA **DOSE**  
DI ..... COME DA PRESCRIZIONE MEDICA GIÀ

CONSEGNATA IN SEGRETERIA E ALLEGATA IN COPIA ALLA PRESENTE.  
**(successivamente alla chiamata del 118 il genitore attenderà l'arrivo dell'ambulanza a scuola)**

Il medicinale, consegnato dal genitore al personale della scuola in confezione nuova ed integra, **sarà conservato presso**.....

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogniqualvolta il medicinale sarà terminato.

Chieti,.....

Il Dirigente Scolastico  
*Dott.ssa Paola Di Renzo*



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo n. 3

Via Amiterno,150 – 66100 Chieti Tel. e fax 0871 563494

PEC: [chic83600e@pec.istruzione.it](mailto:chic83600e@pec.istruzione.it) C.F. 93048760693 e mail: [chic83600e@istruzione.it](mailto:chic83600e@istruzione.it)

DIRIGENTE SCOLASTICO

D.SSA PAOLA DI RENZO

## ALLEGATO E

### AUTORIZZAZIONE AL PERSONALE DOCENTE/ATA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO

Al Personale Docente della classe.....  
 Scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di 1°  
 Plesso.....  
 Ai genitori dell'alunno.....  
 Al Personle ATA

Oggetto: autorizzazione per somministrazione farmaco **salvavita/indispensabile**  
 all'alunno/a ..... frequentante la classe .....  
 della Scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di 1° .....in  
 ambito ed orario scolastico da parte del personale individuato dal Dirigente Scolastico.

A seguito della richiesta inoltrata presso la direzione dell'Istituto, dal/iSig.....  
 .....  
 per il/la figlio/a .....  
 relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita/indispensabile** in orario scolastico, il  
 Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento.

1. Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare:

[INDICARE CON X]

- a) ALL'ALUNNO/A **TUTTI I GIORNI / NEI GIORNI**..... **ALLE ORE** ..... **NELLA DOSE DI** .....  
 COME DA PRESCRIZIONE MEDICA GIÀ CONSEGNATA IN SEGRETERIA E ALLEGATA IN COPIA ALLA PRESENTE.
- b) NEL CASO ALL'ALUNNO/A **DOVESSE PRESENTARSI L'EVENTO**  
 ....., **NELLA DOSE**  
**DI** ..... **COME DA PRESCRIZIONE MEDICA GIÀ CONSEGNATA**  
**IN SEGRETERIA E ALLEGATA IN COPIA ALLA PRESENTE. (Successivamente**  
**avvertire 118 e genitori dell'alunno)**

2. Il medicinale sarà somministrato all'alunno/a da:

.....

..... (1° sostituto)

..... (2° sostituto)

.....(3° sostituto)

3. Il medicinale sarà conservato presso.....

4. Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogniqualvolta il medicinale sarà terminato.

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

Chieti,.....

Il Dirigente Scolastico  
*Dott.ssa Paola Di Renzo*



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Istituto Comprensivo n. 3  
Via Amiterno,150 – 66100 Chieti Tel. e fax 0871 563494  
PEC: [chic83600e@pec.istruzione.it](mailto:chic83600e@pec.istruzione.it) C.F. 93048760693 e mail: [chic83600e@istruzione.it](mailto:chic83600e@istruzione.it)  
DIRIGENTE SCOLASTICO  
D.SSA PAOLA DI RENZO

## ALLEGATO F

### DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO

Il Sottoscritto....., insegnante/ addetto del personale ATA dell'Istituto Comprensivo 3 di Chieti, Scuola....., classe..... (*per il personale docente*); dichiara la propria disponibilità a somministrare in orario scolastico, il farmaco indispensabile/salvavita all'alunno/a....., della classe....., della scuola....., affetto/a da....., come da certificazione medica già consegnata in segreteria, secondo il piano di intervento stabilito e sottoscritto nell'allegato E.

Chieti,.....

---