

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. _____ del ___/___/_____

Alla Famiglia dell'alunno/a _____

Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli Insegnanti della classe _____

Alla Azienda ASL _____

Al Medico Competente della scuola dott.ssa Cacciola Anna

All'RSPD della scuola Arch. Marco Tilaro

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

I sottoscritti Dirigente scolastico dell'I.C. "Giovanni Blandini" di Palagonia Prof. Antonino Fabio Marco Laudani e il Referente per l'Azienda ASL.....dott., oppure pediatra di libera scelta / medico di medicina generaledott.,

Vista la richiesta del.....prot.....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 del.....prot.....con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL n. oppure pediatra di libera scelta / medico di medicina generaledott., nella quale si attesta la l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico 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 salvavita

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 USL nelle date indicate nella tabella sottostante (ove necessari ovvero ove il piano terapeutico richiede la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda ASL;

DISPONGONO

- ✓ che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale 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 (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, ecc.): _____;
- ✓ che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato (ove previsto dal piano terapeutico) 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

Prof. Antonino Fabio Marco Laudani

L' Azienda ASL _____

Dott.

Firma: _____

Firma: _____

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale

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
