

Allegato 6

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 ___ sezione___
Al Fascicolo personale dell'alunno/a
Alla Azienda USL _____

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

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a (oppure: dall'alunno/a, in caso di studente maggiorenne), iscritto/a alla classe sez... dell'Istituto, plesso, sito in via, località

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL 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, 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 (barrare la voce che corrisponde)

- salvavita
(oppure)
 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;

DISPONE

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: chi è informato, il locale dove verrà effettuata la somministrazione 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	DATA ATTESTATO DI FORMAZIONE

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Paola Pizzeghello

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale
_____ /

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico

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/i genitore/i
(o dell'esercente la potestà genitoriale)

Nel caso di firma di un solo genitore/tutore

Il richiedente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario _____

