*Allegato 4*

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

(art. 2 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Prot. n. del / /

Alla Famiglia dell’alunno/a (oppure)

Allo studente/ssa Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco Agli Insegnanti della classe sezione

Al Fascicolo personale dello studente/ssa

Alla Azienda USL

**Oggetto:** *Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico allo studente/ssa…………………………………………………..*

I sottoscritti Dirigente scolastico …………………………. e il Referente per l’Azienda USL….

dott ,

* Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dello studente/ssa (oppure: dallo studente/ssa se 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 studente/ssa (oppure: ad assistere lo studente/ssa nell’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;

**DISPONGONO**

* Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell’esercente la potestà genitoriale (oppure dallo studente/ssa, se maggiorenne) 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 (oppure: dello studente/ssa), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;
* che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dello studente/ssa (specificare ad esempio l’informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà lo studente/ssa 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, 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 L’ Azienda USL

Prof. ………………..…….…………. Dott. ………………..…….………….

Firma: Firma:

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure studente/ssa, se maggiorenne),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 o dello studente se maggiorenne

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