*Modulistica per la Scuola e l’Azienda USL— Somministrazione di farmaci in orario scolastico— PIP dicembre 2016*

*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)

All’alunno/a Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco Agli Insegnanti della classe sezione

Al Fascicolo personale dell’alunno/a suddetto Alla Azienda USL

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

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

d

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...

de11’Istituto ............... .............., plesso ........................ , sito in

via . .. . ......... ...... , località

Vista‘ la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata da1 Servizio di Pediatria del1'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 de1l’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)

O salvavita (Oppure)

O 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;

*Modulistica per* fa *Scuola e l'Azienda USL— Somministrazione di farmaci in orario scolastico — PIP dicembre 2016*

**DISPONGONO**

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell’esercente la potestà genitoriale (oppure da1l’a1unno/a, in caso di alunno maggiorenne) al responsabile incaricato Sig./Sig.ra

che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico

allegato, ne1 seguente locale:

# che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a éura del genitore o dell’esercente la potestà genitoriale (oppure: del1’a1unno/a), che viene reso edotto de1 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 nel1’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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Prof.

Il Dirigente Scolastico

L’ Azienda USL

Firma: Firma:

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) ,

# Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda USL COn la

presente:

O esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le

*prescrizioni* contenute *nel* Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

# O 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)