



**VERIFICA DISPONIBILITA' DEL PERSONALE ALLA TENUTA IN CONSEGNA DI FARMACI
SALVAVITA/INDISPENSABILI IN CASO DI GITA SCOLASTICA**

A tutto il Personale

In considerazione del fatto che l'alunno _____
frequentante la classe _____ sezione _____ del plesso di _____
necessitante della somministrazione del farmaco _____
come da richiesta da parte dei genitori pervenuta presso codesto istituto, si chiede a tutto il personale la
propria disponibilità alla somministrazione.

Come attestato dal certificato rilasciato dal medico curante, la somministrazione non comporta
competenze sanitarie specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'operatore. Le
informazioni sulle modalità di somministrazione eventualmente necessarie verranno fornite in
occasione di specifico intervento formativo organizzato dall'istituzione scolastica.

Per quanto riguarda le responsabilità connesse all'incarico, il personale che si renderà disponibile agirà
esclusivamente secondo le indicazioni del piano terapeutico predisposto dal medico curante, senza
assumere responsabilità di natura diagnostica o valutativa. I genitori dell'alunno hanno espressamente
autorizzato il personale scolastico alla somministrazione e fornito liberatoria da ogni responsabilità
derivante dalla corretta esecuzione delle procedure indicate. L'istituzione scolastica garantisce la
copertura assicurativa per gli atti compiuti nell'esercizio delle funzioni autorizzate.

In considerazione del fatto che la classedel plesso
parteciperà all'uscita di istruzione
nel periodo..... e che i farmaci sono normalmente custoditi presso
l'istituto scolastico, si rende necessaria la presa in consegna degli stessi da parte di un docente
individuato come da tabella sottostante.

Il Personale disponibile alla tenuta in consegna	
Nome e cognome	(firma):

(Luogo e Data) il

Il Dirigente Scolastico

.....