****

**DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO.**

**Vista** la richiesta della famiglia alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

**Visto** il Protocollo dell’Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

**Considerato** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l’esercizio di discrezionalità tecnica;

**Vista** l’assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

**Vista** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

Si fornisce formale

disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Indicare se docente o ATA** | **Firma per disponibilità** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |