

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

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
All'A.S.P. di CATANZARO

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

I sottoscritti Dirigente scolastico e il Referente per l'A.S.P. di Catanzaro dott.,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a, iscritto/a alla classe sez... plesso, sito in via localit 

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'A.S.P. di Catanzaro n. / dal Dott. in data .../.../....., nella quale per l'assoluta necessit  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, n  l'esercizio di discrezionalit  tecnica da parte dell'adulto somministratore, n  in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, n  in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalit  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, nonch  la disponibilit  di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'A.S.P. di Catanzaro, nelle date indicate nella tabella sottostante;

DISPONGONO

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure dall'alunno/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, nel seguente locale: _____ ;

che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure: dell'alunno/a), 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 l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno 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 Dall'A.S.P. di Catanzaro
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

Il Dirigente Scolastico

L' A.S.P. di Catanzaro

Prof.

Dott.

Firma: _____

Firma: _____

I sottoscritti genitori o esercenti la potestà genitoriale _____,

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla A.S.P. di Catanzaro con la presente:

☐ esprimono il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

☐ si impegnano a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP.

Data ____/____/____

Firma dei genitori
o degli esercenti la potestà genitoriale
