**VERIFICA DISPONIBILITA’ DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**

A tutto il Personale

In considerazione del fatto che nell’Istituto è presente un allievo affetto da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, dellasomministrazione di farmaci salvavita, si chiede a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Il personale disponibile potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

La persona incaricata della somministrazione del farmaco, che si attiene alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso, è sollevata da ogni responsabilità penale e civile derivante da tale intervento

|  |  |
| --- | --- |
| Il Personale disponibile alla somministrazione | |
| Nome e cognome | (firma): |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

(Luogo e Data) ................................ il ...................

Il Dirigente Scolastico

...................................................................

**autorizzazione AL PERSONALE DISPONIBILE per somministrazione farmaci**

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione per somministrazione farmaci:

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. ................................................................................................................................................

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

* somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile
* assistenza auto- somministrazione farmaco salvavita/indispensabile

all’alunno/a ..........................................................................................................................................

scuola ..................................................................................... classe ....................... sez. ....................

il Dirigente Scolastico autorizza i sottoelencati lavoratori a somministrare il farmaco o a coadiuvare l’alunno nell’auto-somministrazione, con le procedure indicate nell’allegato piano di azione.

La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso.

........................................................................... .........................................................................

........................................................................... .........................................................................

........................................................................... .........................................................................

........................................................................... .........................................................................

........................................................................... .........................................................................

........................................................................... .........................................................................

........................................................................... .........................................................................

(Luogo e Data) ................................ il ........................

Il Dirigente Scolastico

………………………………………………………..