



PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. _____ del ___/___/_____

Alla Famiglia dell'alunno/a _____

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Ai/alle docenti della classe _____ sezione _____
Segmento _____

Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto/a

Alla Azienda USL _____

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

I sottoscritti Dirigente Scolastico/a e il Referente per l'Azienda USL dott./dott.ssa

- Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a iscritto/a alla classe sez. Segmento di Codesto Istituto, plesso, sito in via, località
- Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'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 dell'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*)
 salvavita *ovvero* 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;

DISPONGONO

- che il farmaco venga consegnato dal/dai genitore/genitori o dall'esercente la responsabilità genitoriale al responsabile incaricato: Sig./Sig.ra/Ins./Prof./Prof.ssa _____;
- che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale: _____;



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

ISTITUTO COMPRENSIVO "CARINI CALDERONE-TORRETTA" ad indirizzo musicale

Via Emilia, 1 - 90044 Carini (PA)

Cod. fisc. 80029730829 - Cod. Min. PAIC8AG007

e-mail Segreteria: paic8ag007@istruzione.it posta certificata paic8ag007@pec.istruzione.it - Tel. 091 8668399

- che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del/dei genitore/i o dell'esercente la responsabilità genitoriale il/la quale/i viene/vengono reso/i edotto/i 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'Azienda USL

Il Dirigente Scolastico (firma) _____

L' Azienda USL _____ Dott.Dott.ssa (firma) _____

Il/i sottoscritto/i genitore/i o esercente la responsabilità genitoriale, viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dall'Azienda USL _____, con la presente:

- esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;
- si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari _____.

Data ___/___/_____

Firma Genitore 1: _____

Firma Genitore 2: _____

ovvero Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale: _____

FIRMA DI UN SOLO GENITORE * _____

* È obbligatoria la firma di tutti gli esercenti la responsabilità genitoriale. Se presente la firma di uno dei genitori, è necessaria una dichiarazione di accordo con il genitore non firmatario. Io sottoscritto/a _____
consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 DICHIARO che l'accettazione di cui sopra, firmata in data odierna, è condivisa con il/la padre/madre di mio/a figlio/a.