ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE
Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica
Decreto del Provveditore agli Studi di Udine prot. n. 347/A23b del 21.06.2000
Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 127 64 11
email:UDIC843002@istruzione.it ***Pec***:udic843002@pec.istruzione.it***sito:***http://4icudine.edu.it
Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. _____ del ___/___/_____

Alla Famiglia dell'alunno/a _____
Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco
Agli Insegnanti della classe/sezione_____
Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto
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 ……. e il Referente per l'Azienda USL…. ……... dott. ……,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a (oppure: dall'alunno/a, in caso di studente maggiorenne) ……, iscritto/a alla classe …… sez… …… dell'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

(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, 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 genitore o dell'esercente la potestà genitoriale 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'Azienda USL

- che nel caso in cui al bambino/a o ragazzo/a dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano d'azione: ……

……
……
……
……
……
……

Il Dirigente Scolastico L' Azienda USL___

……..…….……. Dott. ……..…….…….

Firma: _____ Firma: _____

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale _____,

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla 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 _____ / ha consegnato il farmaco.

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Data___/___/_____ Firma del genitore/ tutore _____

_____