REPUBBLICA ITALIANA
Ministero dell'Istruzione e del Merito
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA
ISTITUTO COMPRENSIVO CAPIZZI - CESARÒ
Via Roma n. 10 – 98031 CAPIZZI (ME) Fax 0935 933022
E-mail: meic813006@istruzione.it - PEC: meic813006@pec.istruzione.it
Sito Web: **www.istitutocomprensivocapizzicesaro.edu.it**
Cod. mecc. **MEIC813006** - Cod. fiscale: **80012730836** - C.U. **UFD6B0**

Allegato 4

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
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;

REPUBBLICA ITALIANA
Ministero dell'Istruzione e del Merito
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA
ISTITUTO COMPRENSIVO CAPIZZI - CESARÒ
Via Roma n. 10 – 98031 CAPIZZI (ME) Fax 0935 933022
E-mail: meic813006@istruzione.it - PEC: meic813006@pec.istruzione.it
Sito Web: **www.istitutocomprensivocapizzicesaro.edu.it**
Cod. mecc. **MEIC813006** - Cod. fiscale: **80012730836** - C.U. **UFD6B0**

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 (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 dalla Azienda USL**
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

REPUBBLICA ITALIANA
Ministero dell'Istruzione e del Merito
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA
ISTITUTO COMPRENSIVO CAPIZZI - CESARÒ
Via Roma n. 10 – 98031 CAPIZZI (ME) Fax 0935 933022
E-mail: meic813006@istruzione.it - PEC: meic813006@pec.istruzione.it
Sito Web: **www.istitutocomprensivocapizzicesaro.edu.it**
Cod. mecc. **MEIC813006** - Cod. fiscale: **80012730836** - C.U. **UFD6B0**

Il Dirigente Scolastico L' Azienda USL___

Prof. ……..…….……. Dott. ……..…….…….

Firma: _____ Firma: _____

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) _____,
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 _____.

Data___/___/_____

Firma del genitore
o dell'esercente la potestà genitoriale
o dello studente (se maggiorenne)

_____