*Allegato 4*

# PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Alla Famiglia della studentessa/studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (oppure)

Alla studentessa/studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Ai Docenti della classe \_\_\_\_ sezione\_\_\_

Al Fascicolo personale della studentessa/studente suddetto

Alla Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_

**Oggetto:** *Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico alla studentessa/studente …………………………………………………..*

I sottoscritti Dirigente scolastico …………………………. e il Referente per l’Azienda SL….

……... dott. ……………………………….,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell’alunno/a (oppure: della studentessa/studente, 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 Sanitaria Locale 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 alla/al predetta/o studentessa/studente (oppure: ad assistere la studentessa/studente 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 SL nelle date indicate nella tabella sottostante;

## DISPONGONO

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell’esercente la potestà genitoriale (oppure dalla studentessa/studente, in caso di maggiore età) 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: della studentessa/studente), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy della studentessa/studente (specificare ad esempio l’informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale

dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà la/lo studentessa/studente 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:

**Tipo di**

**COGNOME e NOME**

**personale**

**FIRMA (leggibile) del**

**personale scolastico**

**Data dell’Attestato di**

**formazione rilasciato**

**dalla Azienda USL**

/

/

/

/

/

/

/

/

Il Dirigente Scolastico L’ Azienda SL \_\_\_

Prof. ………………..…….…………. Dott. ………………..…….………….

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure studentessa/studente, in caso di maggiore età) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda SL \_\_\_\_\_ 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 della studentessa/studente (se maggiorenne)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_