Allegato 3

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

Il sottoscritto dirigente scolastico_____,
Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la responsabilità 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 medico dott. _____in data __/__/_____, nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome principio attivo e 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 (indicare se salvavita o indispensabile):

Farmaco (nome commerciale, principio attivo)	Tipologia (salvavita o indispensabile)

Per la somministrazione di farmaco 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 nelle date indicate nella tabella sottostante;

Dispone:

- che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la responsabilità 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 responsabilità 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/parenti indicati dalla famiglia/operatori associazioni, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal dirigente scolastico in accordo con la famiglia:

COGNOME e NOME	Tipo di personale	FIRMA (leggibile)	Data dell'Attestato di formazione rilasciato

Il dirigente scolastico Prof. _____

Firma: _____

Il sottoscritto genitore o esercente la responsabilità genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) _____,
Viste le determinazioni assunte dal dirigente scolastico 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 responsabilità
genitoriale o dello studente (se
maggiorenne)

_____