**Verifica della disponibilità di personale educativo/docente/Ata**

**alla somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico**

Al personale docente/Ata

dell’istituto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A seguito della richiesta dei genitori di uno studente frequentante la classe\_\_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_\_ del plesso di via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di Codesta istituzione scolastica di somministrazione in orario scolastico del seguente/i farmaco/i:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

si chiede la disponibilità del personale docente ed ATA ad operare la somministrazione. È necessario segnalare che il personale della scuola può offrire su base volontaria la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci. Si precisa inoltre che, come attestato dal certificato rilasciato dal medico dell’alunno, la somministrazione non comporta competenze sanitarie specialistiche e che le informazioni sulle modalità di somministrazione eventualmente necessarie verranno fornite in occasione di uno specifico intervento formativo.

Il Dirigente scolastico di codesta istituzione scolastica intende esprimere parere favorevole alla somministrazione e, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni in merito e che di norma non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e può legittimamente non acconsentire, richiede la disponibilità del personale in indirizzo alla somministrazione dei farmaci previsti.

In attesa di risposta, si porgono

Cordiali Saluti

Il Dirigente scolastico

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

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_