

MODULO 3 AUTO-SOMMINISTRAZIONE_ALLEGATO AL PROTOCOLLO D'INTESA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O GESTIONE DI DISPOSITIVI MEDICI IN AMBITO SCOLASTICO

ACQUISIZIONE DELLA DISPONIBILITÀ DI DOCENTI/PERSONALE ATA ALLA VERIFICA/DOCUMENTAZIONE IN CASO DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

ANNO SCOLASTICO

Plesso scolastico	<input type="text"/>				
Comune	<input type="text"/>	Via	<input type="text"/>	n°	<input type="text"/>
Classe/Sezione	<input type="text"/>	Piano	<input type="text"/>		

Io sottoscritto COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
nato a	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
ruolo	<input type="text"/>		

in relazione alla richiesta di attivazione del percorso di continuità della cura in ambito scolastico, presentata per l'alunna/alunno o per la studentessa/studente maggiorenne soprageneralizzata/o, consapevole che la disponibilità alla verifica/documentazione dell'avvenuta auto-somministrazione di farmaci in ambito scolastico non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica e che i genitori/esercenti la responsabilità genitoriale/studentessa o studente maggiorenne sollevano i docenti/personale ATA da responsabilità derivanti da eventuale errore nell'auto-somministrazione di farmaci in ambito scolastico

- mi dichiaro disponibile** alla verifica/documentazione dell'auto-somministrazione di farmaci, secondo quanto indicato nella certificazione medica (MODULO 1).

mi dichiaro non disponibile alla verifica/documentazione dell'auto-somministrazione di farmaci.

Data | | |

Firma