

**COMUNICAZIONE DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO
DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI**

Ai genitori di/Al soggetto che esercita la responsabilità genitoriale di
Alla studentessa/studente

**OGGETTO: attivazione del percorso di somministrazione farmaci/utilizzo di dispositivi medici
attivazione del percorso di auto-somministrazione farmaci/utilizzo di dispositivi medici**

Si comunica l'avvio del percorso di somministrazione farmaci/utilizzo di dispositivi medici

Si comunica l'avvio del percorso di auto-somministrazione farmaci/utilizzo di dispositivi medici

di cui alla richiesta presentata in data per

nata/o il frequentante la classe della scuola

con sede in

Per quanto di competenza:

1. Si è acquisita la disponibilità di docenti/personale ATA

alla somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici,

alla verifica e documentazione in caso di auto-somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici,

che non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dei docenti/personale ATA, i quali sono pertanto sollevati da responsabilità derivanti da eventuale errore

nella somministrazione di farmaci/utilizzo dei dispositivi medici,

nell'auto-somministrazione di farmaci/utilizzo dei dispositivi medici,

di cui alla certificazione medica presentata.

2. Si assicura l'adeguato stoccaggio del farmaco/dispositivo medico/materiale sanitario in apposito contenitore ed in luogo dedicato, che potrà essere accessibile per la verifica della scadenza/stato di conservazione.

Data / /

Il Dirigente
