

ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI

ANNO SCOLASTICO

Plesso scolastico

Comune Via n°

Classe/Sezione Piano

Dati del minore/studente maggiorenne

Cognome Nome

Nata/o il CODICE FISCALE

Il Dirigente, avendo verificato quanto segue:

1. completa compilazione del:
☐ MODULO 2.
☐ MODULO 2_autosomministrazione
2. valutazione della richiesta da parte di ASST Lecco, con valutazione in data
3. disponibilità, da parte di docenti/personale ATA, alla somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici o alla verifica e documentazione di auto-somministrazione, con relativa compilazione della modulistica prevista (MODULO 3/MODULO 3 auto-somministrazione), qui allegata
4. possibilità di stoccaggio del farmaco/materiale sanitario e del certificato medico nell'aula , accessibile in ogni orario e dotata di armadio chiuso a chiave, con chiavi poste in prossimità dello stesso.
5. consegna dei farmaci/dispositivi medici/materiale sanitario in data
6. disponibilità di recapiti telefonici dei genitori/altre persone individuate per il contatto, durante la frequenza scolastica, in caso di necessità riferite al percorso di continuità della cura

accoglie la richiesta di attivazione/conferma del percorso di somministrazione/auto-somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici in ambito scolastico.

Data

Firma
