

Modulo 08 – Risposta Disponibilità somministrazione personale scolastico educativo

☐ Al dirigente Scolastico

☐ Al dirigente Servizi Educativi

☐ Al Responsabile del CRE

Comune di _____

OGGETTO: risposta alla richiesta somministrazione farmaco

Noi sottoscritti (COGNOME, NOME DATA E LUOGO DI NASCITA)

personale scolastico/educativo/ausiliario della scuola/asilo nido/CRE, in relazione alla richiesta pervenuta dal dirigente/coordinatore/Responsabile dell'istituto/asilo nido/CRE come da domanda della famiglia e da certificato medico vistato dal Dr. _____ del _____ (in allegato),

- nella consapevolezza che il caso in questione rientra tra quelli previsti dal “Protocollo di Intesa per la SOMMINISTRAZIONE di FARMACI ed utilizzo di dispositivi medici validati secondo la metodologia Health Technology Assessment in ambito scolastico, negli asili nido e nei Centri Ricreativi Estivi Diurni accreditati” e che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché il/la bambino/a possa frequentare il/la nido/scuola/CRE;
- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica e che i genitori/ esercenti la responsabilità genitoriale/alunno maggiorenne sollevano da eventuali responsabilità derivanti da possibili errori della somministrazione il personale scolastico/educativo/ausiliario

dichiarano di

☐ non acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta;

☐ acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta;

Restando in attesa di un ulteriore riscontro, si porgono cordiali saluti.

Il personale

