



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



**ISTITUTO COMPRENSIVO RUGGIERO – 3° CIRCOLO
C A S E R T A**

Via Montale, 36 - tel. e fax 0823/327010
e-mail ceic8a000n@istruzione.it pec: ceic8a000n@pec.istruzione.it
sito web: icruggieroterzocircolo.edu.it
Cod. Fisc. 93090190617 - Cod. Mecc. CEIC8A000N
C. U.: UFFW31



Programmi Operativi Nazionali
Competenze per lo sviluppo
(FSE)
Ambienti per l'apprendimento
(FESR)

Oggetto: PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. _____ del ____/____/____

Alla Famiglia dell'alunno/a _____
(oppure)
All'alunno/a _____
Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco
Agli Insegnanti della classe ____ sezione ____
Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto
Alla Azienda USL _____

Oggetto: *Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i
in orario scolastico all'alunno/a*

I sottoscritti Dirigente scolastico e il Referente per l'Azienda
USL dott.,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli
esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a (oppure: dall'alunno/a, in caso di studente
maggiorrenne), iscritto/a alla classe sez...
dell'Istituto, plesso, sito in
via, località

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di
Pediatria dell'Azienda USL n. / dal Dott. in data .../.../....., nella
quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la
somministrazione del farmaco (nome commerciale) da parte di
personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni
specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto
somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare

il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde)

☐ salvavita

(Oppure)

☐ indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante;

DISPONGONO

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure dall'alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) al responsabile incaricato Sig./Sig.ra _____; che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale: _____;

che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure: dell'alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.): _____;

Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

COGNOME e NOME	Tipo di personale	FIRMA (leggibile) del personale scolastico	Data dell'Attestato di formazione rilasciato dalla Azienda USL

Il Dirigente Scolastico

L' Azienda USL ____

Prof.

Dott.

Firma: _____

Firma: _____

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) _____,

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda USL ____ con la presente:

☐ esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

☐ si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari _____

Data ____/____/____

Firma del genitore
o dell'esercente la potestà genitoriale
o dello studente (se maggiorenne)

Il Dirigente Scolastico