*Allegato 4*

# PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Alla Famiglia dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli Insegnanti della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Fascicolo personale dell’alunno/a suddetto

Al Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oggetto:** *Piano di Intervento Personalizzato per la somministrazione del farmaco in orario scolastico all’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

I sottoscritti Dirigente scolastico, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciati dal dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella quale per l’assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome commerciale) scolastico 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 e disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco alla predetta alunna (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 farmaco da somministrare;

## 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 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:

**Tipo di**

**COGNOME e NOME**

**personale**

**FIRMA (leggibile) del**

**personale scolastico**

**Data dell’Attestato di**

**formazione rilasciato**

**dalla Azienda USL**

/

/

/

/

/

/

/

/

Il Dirigente Scolastico Il Medico Competente \_\_\_

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 dal dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_