

### ALLEGATO 3

#### Disponibilità del Personale Scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

**Vista** la richiesta della famiglia alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

**Visto** il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

**Considerato** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

**Vista** l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

**Vista** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

#### si fornisce formale disponibilità

alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Cognome e nome	Indicare se docente o ATA	Firma per disponibilità

Albavilla .....

Il Dirigente Scolastico, in data \_\_\_\_\_ autorizza il personale scolastico in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i nella certificazione medica allegata

Il Dirigente Scolastico

Dr. Flavio Pavoni