

**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

---