

**COMUNICAZIONE DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO  
DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI**

Ai genitori di/Al soggetto che esercita la responsabilità genitoriale di  
Alla studentessa/studente

**OGGETTO: attivazione del percorso di somministrazione farmaci/utilizzo di dispositivi medici  
attivazione del percorso di auto-somministrazione farmaci/utilizzo di dispositivi medici**

Si comunica l'avvio del percorso di somministrazione farmaci/utilizzo di dispositivi medici

Si comunica l'avvio del percorso di auto-somministrazione farmaci/utilizzo di dispositivi medici

di cui alla richiesta presentata in data  per

nata/o il  frequentante la classe  della scuola

con sede in

Per quanto di competenza:

1. Si è acquisita la disponibilità di docenti/personale ATA

*alla somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici,*

*alla verifica e documentazione in caso di auto-somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici,*

che non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dei docenti/personale ATA, i quali sono pertanto sollevati da responsabilità derivanti da eventuale errore

*nella somministrazione di farmaci/utilizzo dei dispositivi medici,*

*nell'auto-somministrazione di farmaci/utilizzo dei dispositivi medici,*

di cui alla certificazione medica presentata.

2. Si assicura l'adeguato stoccaggio del farmaco/dispositivo medico/materiale sanitario in apposito contenitore ed in luogo dedicato, che potrà essere accessibile per la verifica della scadenza/stato di conservazione.

Data / /

Il Dirigente

---