

ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI

ANNO SCOLASTICO _____

Plesso scolastico

Comune _____ Via _____ n° _____

classe/sezione _____ piano _____

Alunna o alunno/studentessa o studente

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 risposta in data _____
3. disponibilità, da parte di docenti/personale ATA alla somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici o alla verifica e documentazione in caso 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 del percorso di somministrazione/auto-somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici in ambito scolastico.

data ____/____/____

firma
