

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

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