

***Autorizzazione a cura del Dirigente Scolastico***  ***Allegato n. 4***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  |
| **VISTO**  | il Regolamento per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico, delibera n. 65 del Collegio dei Docenti del 16.11.2018 e delibera n. 181 del Consiglio di Istituto del 19.11.2018; |
| **VISTA**  | la prescrizione del medico curante del minore (All. n. 1);  |
| **VISTA**  | la richiesta avanzata dalla famiglia (All. n.2) riguardo alla somministrazione/auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco;  |
| **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;  |
| **SENTITA**  | la RLS d’Istituto;  |
| **ACCERTATA**  | la disponibilità del personale scolastico;  |

**AUTORIZZA quanto segue:**

a) la auto somministrazione/somministrazione del farmaco indicato nella certificazione medica allegata per il minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto per l’a s. 20../20.. nella classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INDIVIDUA**

b) il docente/collaboratore scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sostituito da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla somministrazione del farmaco indicato nella certificazione medica

Per notifica all’interessato

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Francesca CHIECHI