

Disponibilità del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco salvavita e indispensabile

PRESO ATTO della necessità di disponibilità alla somministrazione del farmaco salvavita e indispensabile

VISTA la nota [MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005](#) con la quale sono inviate le “Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all’assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico” a firma dei Ministri del MIUR e della salute;

VISTO il C.C.N.L. del comparto scuola;

PREMESSO che “la somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell’adulto” (art. 2 delle suddette Linee Guida);

CONSIDERATO

che l’omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che ne necessita;

Il sottoscritto _____ qualifica _____

plesso _____

DICHIARA LA PROPRIA DISPONIBILITA’

- alla somministrazione del farmaco salvavita e indispensabile durante il proprio orario di servizio
- per diabete di tipo 1 per allergia grave altra patologia presente nel plesso _____
- alla formazione necessaria per adempiere alla richiesta della famiglia
oppure
- di possedere una formazione specifica per la somministrazione di farmaci salvavita o indispensabili per la patologia sopra individuata e si impegna a fornirne copia alla scuola .

Luogo e data _____

Il Dipendente

Inviare file firmato a oric80600g@istruzione.it