|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE“Paride Del Pozzo”🖂 Via S. Spirito, 6 - PIMONTE (NA) - C.A.P.: 80050 - 🕿*Tel*: 0818792130 - 🗎 *Fax*: 0818749957*🖃 NAIC86400X@istruzione.it* - [*http://www.icsdelpozzo.gov.it*](http://www.icsdelpozzo.gov.it)*PEC: NAIC86400X@pec.istruzione.it***C.MEC. NAIC86400X C.F. 82008870634** | logo |

## ALLEGATO 5

Agli atti

**DESIGNAZIONE DEL PERSONALE SCOLASTICO AUTORIZZATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO*.***

Vista la richiesta della famiglia di somministrazione in orario scolastico di farmaci

Visto il Protocollo per la somministrazione di farmaci a scuola

Considerato che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nell’All.2, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l’esercizio di discrezionalità tecnica

**SI DICHIARA FORMALE**

disponibilità alla somministrazione del/ dei farmaco/ i indicato/ i nella certificazione medica allegata con le procedure indicate nell’allegato piano di azione (All. 6).

Per presa visione e conferma della disponibilità:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personale Docente:** |  | **Personale ATA:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Data, ………………………

La Dirigente Scolastica in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizza il personale scolastico in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nell’attestazione medica allegata, secondo quanto previsto nell’All.2.

La Dirigente Scolastica

Adele Porta