



Ministero della Pubblica Istruzione
Istituto Comprensivo di Zelo Buon Persico
Via F.lli Cervi 1 – 26839 Zelo Buon Persico
Tel: 02 90659917 Fax: 02 91767620
Sito: www.iczelobp.it



e-mail: LOIC805006@istruzione.it, LOIC805006@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ'/NON DISPONIBILITÀ' ALLA
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO IN ORARIO SCOLASTICO**

Il sottoscritto: _____

in servizio in qualità di: _____

presso la scuola: _____ del plesso di: _____

vista la "RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO IN ORARIO SCOLASTICO" con prot. N.

_____ del _____ con gli allegati **Certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico** presentati dalla famiglia dell'alunno/a:

_____ frequentante la classe _____ del plesso di _____

preso atto delle Linee Guida del 25.11.2006 sottoscritte dai Ministri della Salute e dell'Istruzione, Università e Ricerca in tema di somministrazione dei farmaci in orario scolastico e del Protocollo d'Intesa n. 0019593 del 13.09.2017 tra la regione Lombardia e l'USR Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola;

SI RENDE DISPONIBILE alla somministrazione del farmaco specificato e alle condizioni indicate nel Piano Terapeutico formulato dal medico responsabile e allegato alla richiesta presentata dagli esercenti la responsabilità genitoriale;

NON SI RENDE DISPONIBILE alla somministrazione del farmaco.

Qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione d'emergenza è in ogni caso prescritto:

- il ricorso tempestivo al Servizio Territoriale di Emergenza (112);
- il dovere, secondo le disposizioni della normativa vigente, di Primo Soccorso;
- la contestuale informativa al genitore o al tutore esercente la responsabilità genitoriale.

Data _____

Firma _____