**Allegato 3**

**DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

**IN ORARIO SCOLASTICO**

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

Visto il Regolamento di Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

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;

si fornisce

formale disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Cognome e Nome

* docente
* ATA

Data……………………………………

Firma per disponibilità

……………………………………………

Il Dirigente Scolastico autorizza il prof. / ATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_