****

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO**

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE “VIA DEI PAPARESCHI”**

Liceo Scientifico opz. Scienze Applicate - Liceo Scienze Umane opz. Economico Sociale -

Liceo Linguistico - Ist. Tecnico Amministrazione Finanza e Marketing - Art. Relazioni Internazionali

Sede Centrale: Via dei Papareschi, 30/A - 00146 Roma - Tel. 06/12.112.69.05 - 06/55.30.89.13

Sede Succursale: Via delle Vigne, 205 - 00148 Roma - Tel. 06/65.67.81.86 - 06/12.112.66.65

C.F. 80227330588 - Cod. Meccanografico: RMIS09100B Cod. Univoco UF3E4N

E-Mail: <rmis09100b@istruzione.it> - PEC: <rmis09100b@pec.istruzione.it>

*Allegato 4*

**Modulo di disponibilità del Personale Scolastico alla somministrazione del farmaco a scuola”**

**Al Dirigente Scolastico**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ DOCENTE □ COLLABORATORE SCOLASTICO □ ASSISTENTE AMM.VO

PRESSO LA SCUOLA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA LA PROPRIA DI SPONIBILITA SU BASE VOLONTARIA**

**E IN VIRTU’ DI UN RAPPORTO FIDUCIARIO CON LA FAMIGLIA**

alla somministrazione, in ambito scolastico e durante l’orario di servizio, di farmaci salvavita/indispensabili previa la prevista e specifica formazione, secondo le indicazioni del PIP e sulla base della DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI DELLA SCUOLA (IL PIP verrà redatto dopo la partecipazione al corso di formazione).

**DICHIARA INOLTRE, CHE**

1. Segnalerà alla famiglia/al Dirigente/ ogni problema che dovesse insorgere nel corso della terapia;
2. Che verrà a conoscenza delle modalita’ stabilite per la somministrazione e che si atterra’ ad esse scrupolosamente (modalità presenti agli atti della scuola e dopo la redazione del pip)
3. qualora verifichi l’insorgenza di situazioni diverse da quelle descritte nei documenti e reputi insufficiente l’ordinario intervento di somministrazione allarmera’ immediatamente il 118 e, in ordine la famiglia e il ds.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA**

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