Istituto Comprensivo "Alessandra Siragusa "

Via Ammiraglio Umberto Cagni n° 40-42 90146
Palermo Tel. 0916711192
Codice Fiscale: 97382190821
Codice Meccanografico: PAIC8BP00T
e-mail: paic8bp00t@istruzione.it
posta certificata: paic8bp00t@pec.istruzione.it
Sito web: www.ddalessandrasiragusa.edu.it

M.I.U.R.

Unione Europea

Regione Siciliana

MODELLO E
Al Dirigente Scolastico

MODULO dichiarazioni personali somministrazione farmaci

l/i sottoscritto/i _____
Genitore/i Tutore dell'alunno/a _____
Frequentante la classe____/sezione____della scuola_____,
Via/Piazza_____Comune_____
nell'anno scolastico _____
Telefono fisso_____telefono/i cellulare _____
Telefono di _____

- Visto il verbale di consegna del farmaco
- Visto il verbale di custodia del farmaco
- Visto il protocollo specifico d'intervento di primo soccorso

DICHIARA/DICHIARANO

1. di aver verificato personalmente che il farmaco consegnato viene custodito in locale e secondo modalità conformi alla prescrizione medica allegata;
2. nel caso in cui il/la scrivente……, individuato/a come primo/a somministratore/trice del farmaco salvavita e il 118, individuato come secondo somministratore, non dovessero giungere tempestivamente a scuola, l'operazione verrà effettuata da personale non sanitario;
3. di essere consapevole/i che il personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico NON HA competenze sanitarie;
4. di LIBERARE DETTO PERSONALE o, in assenza di esso, qualunque soggetto necessitato all'intervento di emergenza richiesto da OGNI E QUALSIVOGLIA RESPONSABILITA', purché l'intervento sia rispettoso del protocollo specifico accettato e sottoscritto;
5. di provvedere alla sostituzione del farmaco in prossimità della sua scadenza, sollevando il personale scolastico da OGNI E QUALSIVOGLIA RESPONSABILITA' sul rispetto delle date;
6. di obbligarsi a presentare all'inizio di ogni scolastico in cui il/la proprio/a figlio/a frequenta codesta Istituzione Scolastica nuova e aggiornata certificazione medica qualificata;
7. di obbligarsi ad accompagnare tale presentazione documentale da separata ed esplicita SEGNALAZIONE DI SUSSISTENZA O INSUSSISTENZA DI VARIAZIONI RISPETTO

ALLA PRECEDENTE CERTIFICAZIONE AL FINE DI PROVVEDERSI DA PARTE DELL'AMMINISTRAZIONE SCOLASTICA ALLE CONSEQUENZIALI VARIAZIONI DEL PROTOCOLLO DI INTERVENTO;

8. di essere consapevole/i che, in assenza di tale segnalazione, la Scuola manterrà il precedente protocollo di intervento, sollevando la Scuola ed il suo personale da ogni e qualsivoglia responsabilità connessa a tale colpevole omissione;
9. di essere stato/a/i edotto/a/i dal Dirigente Scolastico o suo delegato circa ogni aspetto legato all'eventualità della somministrazione del farmaco prescritto al/alla proprio/a figlio/a, accettandone le misure adottate in quanto rispondenti agli interessi tutti di tutela del proprio/a figlio/a;
10. di aver ricevuto doppio originale (o copia) dei modelli b, c, d, e, debitamente sottoscritti.

In fede,

(luogo)_____, (data)_____

Firma/e del/i Genitore/i o Tutore

_____

_____