

RICHIESTA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO/DIRETTORE DELL'AGENZIA FORMATIVA

Al Direttore del Distretto ASL VCO
e pc al Coordinatore DiPSa Territorio

protocollo@pec.aslvco.it

Oggetto: richiesta informazione/formazione/addestramento

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto _____ indirizza all'attenzione dell'ASL e del direttore la richiesta in oggetto per il personale scolastico dell'alunno/a. _____

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. Informazioni sulla patologia dell'alunno/a
2. richiesta/delega dei genitori (Allegato 2)
3. documentazione medica riguardante l'alunno (allegato3/3bis)
4. disponibilità alla richiesta di somministrazione dei farmaci e/o esecuzione di intervento specifico ed alla formazione da parte del personale scolastico (allegato 4 bis)
5. dichiarazione sull'individuazione del locale per la conservazione dei farmaci e dei materiali occorrenti, e la non accessibilità da parte degli alunni

**DISPONIBILITA' DEL PERSONALE SCOLASTICO ALLA RICHIESTA DI
SOMMINISTRAZIONE FARMACI E/O INTERVENTO SPECIFICO**

I sottoscritti:

.....
.....
.....
.....

in relazione alla richiesta del Dirigente dell'Istituto, come da domanda della famiglia e da certificato medico, nella consapevolezza che il caso in questione è particolare e che la somministrazione di tali farmaci e/o l'intervento specifico sono ritenuti indispensabili affinché il/l' alunno/a possa frequentare la scuola, dichiarano la loro disponibilità a praticare, previa opportuna formazione/addestramento, la somministrazione di farmaci preventivamente consegnati dai genitori e custoditi a scuola e/o l'intervento specifico richiesto dalla famiglia sul singolo caso.

Data:

firma operatore scolastico/formativo

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno.....

Frequentante la classe.....scuola/agenzia formativa.....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico/formativo

profilo professionale

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**3. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN
SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO**

.....
.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Firma Operatore Scolastico/formativo

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. CHIUSURA PERCORSO

Si dichiara concluso il percorso di informazione/formazione/addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico/formativo.

data..... Firma Operatore Sanitario
.....

Al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento

data..... Firma Operatore Scolastico/formativo
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti con la presente, delegano formalmente il personale scolastico/formativo di cui sopra all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di informazione/formazione e addestramento.

firma (padre)..... firma (madre).....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO/DIRETTORE DELL'AGENZIA FORMATIVA

.....

2° RICHIESTA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO/DIRETTORE DEL L'AGENZIA FORMATIVA ALL'ASL

Al Direttore del Distretto ASL VCO
e pc al Coordinatore DiPSa Territorio

protocollo@pec.aslvco.it

Si richiede l' autorizzazione all'attivazione della procedura per la somministrazione dei farmaci e/o per
l'esecuzione dell'intervento specifico a scuola relativa all'alunno/a _____

Si allega alla presente la scheda di Formazione in Situazione (Allegato 5).

Data _____

Firma del dirigente scolastico
