

**AII. C**

Al Personale Docente  
e ATA della Scuola

**VERIFICA DELLA DISPONIBILITA'  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO**

Come evidenziato nella richiesta allegata i genitori di  
.....  
frequentante la scuola dell'infanzia / scuola primaria / scuola secondaria di primo grado di ...  
..... sezione/classe .....  
chiedono la disponibilità del personale insegnante / ausiliario della scuola .....  
..... di somministrare il/i seguente/i farmaco/i:

- .....
- .....

Verificato che , come attestato dalla certificazione medica allegata, la somministrazione non comporta perizia ed abilità specialistica e le conseguenze relative all'errata somministrazione non sono da considerarsi di significativa gravità per la salute del bambino, sono ad esprimere parere favorevole ed a richiedere la vostra disponibilità alla somministrazione dei farmaci come indicato dai documenti allegati.

Sono consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni in merito e che, pertanto, di norma non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e può legittimamente non acconsentire.

Rimarco infine che:

- in accordo con la famiglia, in caso di disponibilità, si è formalizzata la ferma volontà dei genitori di non imputare al personale scolastico ogni eventuale effetto relativo alle conseguenze che tali farmaci potrebbero avere sul/la bambino/a o derivanti dalle modalità di somministrazione degli stessi;
- la corresponsabilità del sottoscritto qualora la presente richiesta venisse accolta;
- uno specifico "Percorso d'intervento", comprensivo dell'attività di formazione in situazione rivolta agli operatori scolastici disponibili, garantita dall'ASL e volta a sostenere il personale che si è reso disponibile.

In attesa della vostra consapevole e libera risposta,  
Data, .....

Il Dirigente Scolastico  
.....