**Allegato C**

(Da compilare a cura del personale della scuola e da consegnare al D.S.)

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ**

**SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo “G. Mazzini”

L’AQUILA

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

**Vista** la Circolare n. 10 del 15.09.2022;

**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;

Il/la sottoscritto/a …………………………………………. docente/collaboratore in servizio presso la Scuola ………………………………… di ………………………………………..…

**FORNISCE FORMALE DISPONIBILITÀ**

alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica per l’alunno/a …………………………………………………………… della classe/sezione …………… della scuola ......................................................................................... .

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione della prescrizione specifica del farmaco da somministrare (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia) e del piano di azione per la somministrazione di farmaci salvavita.

Si impegna, inoltre, a mettere in atto tutti gli accorgimenti necessari per la somministrazione del farmaco in caso di uscite didattiche e visite guidate.

L’Aquila, …………………………………….. FIRMA