**Risposta alla richiesta di somministrazione**

**di farmaci in orario e ambito scolastico**

Ai genitori/tutori dello studente

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

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Dirigente scolastico presso l’istituzione scolastica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la presente comunica di avere espresso parere favorevole alla Vs richiesta avanzata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di aver richiesto in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al personale educativo/insegnante/Ata della scuola, frequentata dallo studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la disponibilità somministrare i farmaci (in relazione al caso specifico come da Vostra richiesta e da certificato medico redatto in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), evidenziando tuttavia come il personale scolastico non abbia competenze né funzioni in merito e che pertanto, di norma, non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e può legittimamente non acconsentire.

La formale risposta del personale educativo è stata di:

􀁓 non acconsentire alla somministrazione e alla richiesta pervenuta;

􀁓 acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta.

Il farmaco sarà conservato in un armadietto della sezione a temperatura ambiente/in frigorifero, in un apposito contenitore chiuso che porterà all'esterno in modo chiaro le indicazioni della classe/sezione, dell'utente interessato e della data di scadenza del medicinale.

Si ricorda il Vostro impegno a comunicare, tramite documentazione medica, ogni variazione della terapia ed a collaborare fattivamente e responsabilmente con gli operatori scolastici.

Il Dirigente scolastico

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

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