Allegato 3

**VERIFICA DISPONIBILITA’ DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**

A tutto il Personale in servizio nel plesso\_\_\_\_\_\_\_

In considerazione del fatto che nel plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è presente un allievo affetto da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, dellasomministrazione di farmaci salvavita, si chiede a tutto il personale in servizio nel plesso in parola la propria disponibilità alla somministrazione.

Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà cura della scrivente richiedere alla ASL di competenza o al PdS di effettuare una apposita “formazione in situazione”.

Il personale disponibile potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

La persona incaricata della somministrazione del farmaco, che si attiene alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrarlo, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso, è sollevata da ogni responsabilità penale e civile derivante da tale intervento

|  |
| --- |
| Il Personale disponibile alla somministrazione |
| Nome e cognome | (firma): |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

(Luogo e Data) ................................ il ...................

 Il Dirigente Scolastico

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