



Ministero dell'Istruzione e del Merito
LICEO CLASSICO SCIENTIFICO STATALE
"VITTORIO IMBRIANI"

Via Pratola Ponte 20/22, 80038 Pomigliano d'Arco (Na)

Tel.sede centrale:0818847322-0818030927-0818030263

Succursale Parco Rea: 08119366955

Sito scuola: www.liceovittorioimbriani.it

e-mail napc19000g@istruzione.it PEC napc19000g@pec.istruzione.it

Codice meccanografico NAPC19000Q – Codice fiscale 93000610639



PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP) –Auto somministrazione farmaci

Alla famiglia dell'alunno/a-----

Classe -----

Agli insegnanti della Classe -----

Al Pediatra/Al MMG Dottor -----

Oggetto: Piano di Intervento Personalizzato per auto-somministrazione di farmaci da parte dell'alunno/a-----

La sottoscritta, Dirigente Scolastico prof.ssa Maria Iervolino concordemente con il Dr. -----
----- e i signori ----- (padre) e ----- (madre), genitori
dell'alunno/a----- nato/a il ----- frequentante la classe -----
----- del plesso ----- del Liceo Classico Scientifico di Pomigliano (Na), con la sottoscrizione del
presente PIP,

➤ **Vista** la richiesta di **a u t o - s o m m i n i s t r a z i o n e** presentata dai genitori
dell'alunno/a----- iscritto/a alla classe ----- del plesso -----
----- del Liceo Classico Scientifico sito in via -----Pomigliano d'Arco

➤ **Vista** la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciati dal
Pediatra dott. -----, tel. ----- in data -----, nella quale
per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la
somministrazione dei seguenti farmaci:

- -----

da parte dell'alunno/a-----, essendo Egli/Ella in grado di effettuare
l'autosomministrazione dei farmaci previsti dal piano terapeutico in orario scolastico, farmaci che lo/la
stesso/a alunno/a reca con sé, ritenuti **farmaci indispensabili**

➤ **Constatata** la presenza di personale scolastico disponibile ad assistere l'alunna nella
autosomministrazione del farmaco secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico
allegato

➤ **Tenuto conto che** i docenti del consiglio di classe nella seduta del----- sono stati
informati adeguatamente della richiesta della famiglia ed edotti sulla documentazione
medica presentata a corredo della suddetta richiesta;

➤ **Constatato** che tutti i docenti del consiglio di classe sono disponibili alla vigilanza durante
l'autosomministrazione in orario scolastico dei farmaci indicati

Dispone

- Che i farmaci siano custoditi e conservati dall'alunno/a-----, che li

porterà con sé ogni giorno. Che siano a carico dei genitori la verifica e il controllo degli stessi, le modalità di conservazione, il reintegro.

- Che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a:

(da definire) per volere della famiglia, è stata data informazione agli studenti stessi della classe e la auto-somministrazione verrà effettuata nell'aula, con opportuna riservatezza. (oppure, se richiesto dalla famiglia, lo studente somministra il farmaco fuori dall'aula senza sorveglianza da parte del docente)

- Che in caso di uscite che coinvolgono l'alunno/a, si rispetteranno le medesime procedure svolte in classe.
- Che l'alunno/a potrà far uso del cellulare per finalità medico-sanitarie **(se non necessario eliminare la riga).**

Modalità di Intervento Personalizzato, tempi e modalità di auto-somministrazione dei farmaci (come da piano terapeutico)

L'alunno/a assume -----alle ore-----

In caso di qualsiasi necessità contattare i genitori prima di chiamare il 118 contattando nell'ordine indicato, ai seguenti recapiti telefonici

- Madre, sig.ra -----, Tel. -----
- Padre, signor -----, Tel. -----
- Altro soggetto (specificare) all'uopo delegata-----Tel-----

Pomigliano, lì

Il Dirigente Scolastico

Il pediatra/medico di medicina generale

I genitori

I sottoscritti genitori _____ (padre/esercente potestà genitoriale) e _____ (madre), genitori dell'alunno/a _____ classe _____,

Viste le determinazioni assunte dal dirigente scolastico e del Pediatra Dottor _____ con la presente:

☐ esprimono il consenso all'auto-somministrazione del/dei farmaco/i in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

☐ sollevano la scuola ed il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità civile e penale derivante dall'auto-somministrazione del/dei farmaco/i da parte del loro figlio/a in orario scolastico, in ottemperanza al PIP, considerato che la vigilanza è effettuata da personale adulto non sanitario.

Pomigliano, lì

I genitori