

Ministero dell'Istruzione



Istituto Comprensivo “Augusto Scocchera”

via Cadore, 1 - 60123 ANCONA – tel. 071 52646 - fax 071 52565 – e-mail anic81100g@istruzione.it – anic81100g@pec.istruzione.it
URL www.augustoscocchera.it – codice fiscale e partita IVA 93084410427

3) le competenze di chi lo può somministrare in assenza della specifica formazione prevista per il primo soccorso ai sensi del D.626/94;

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

4) dove può essere somministrato il farmaco in assenza di un locale deputato e quali debbano essere le condizioni igieniche da osservare per la somministrazione;

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

5) gli effetti del farmaco successivi alla somministrazione e i rischi;

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

6) la completa liberatoria a tutti gli effetti civili e penali per l'operatore scolastico che si rende disponibile per la manovra di somministrazione in condizioni di stress psicofisico ed emergenza.

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

7) La disponibilità dell'operatore scolastico favorevole alla somministrazione di formarsi in tempi brevi e sul primo soccorso ai sensi del D. Lgvo 626/94 e della normativa vigente.

.....
.....

Ministero dell'Istruzione



Istituto Comprensivo “Augusto Scocchera”

via Cadore, 1 - 60123 ANCONA – tel. 071 52646 - fax 071 52565 – e-mail anic81100g@istruzione.it – anic81100g@pec.istruzione.it
URL www.augustoscocchera.it – codice fiscale e partita IVA 93084410427

.....
.....

8) La precisa denominazione del farmaco, della preparazione e della sostanza attiva

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

9) L'indicazione dei numeri di telefono e i nomi e gli indirizzi delle persone sempre reperibili per le urgenze del minore indicati sotto la piena responsabilità della famiglia

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

In attesa che il perfezionamento del suddetto protocollo d'intesa (che condiziona l'autorizzazione della scuola) si realizzi nel più breve tempo possibile nell'interesse esclusivo dei minori, si invita la famiglia ad accordarsi con gli insegnanti della classe /sezione e a far pervenire i documenti utili, collaborando per la sottoscrizione plurima del testo. In assenza si provvederà ad interessare il Comune di Ancona e l'Azienda Sanitaria Locale di riferimento.

DATA, lì

FIRMA DEI GENITORI

FIRMA DEL MEDICO DI BASE DEL MINORE
Eventuale FIRMA DELLO SPECIALISTA

FIRMA DELL'OPERATORE SCOLASTICO DISPONIBILE VOLONTARIO

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

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO