**L I C E O C L A S S I C O S T A T A L E “T. L. C A R O”**

con sezioni annesse di Liceo Scientifico –Liceo Scientifico con opzione Scienze Applicate **–** Liceo Linguistico

Via Roma, 28 - Sarno (SA) – C.F. 80021720653 - codice meccanografico: SAPC10000P

081/5137321-081/5137668 – Fax 081/5137311

**web site: [www.liceosarno.edu.it](http://www.liceosarno.it)– e-mail:sapc10000p@istruzione.it– PEC: sapc10000p@pec.istruzione.it**

**AUTORIZZAZIONE DIRIGENTE SCOLASTICO**

* **Vista** la richiesta dei genitori dell’alunno/a,…………………………………. iscritto/a per l’a.s. ……………, alla classe …… sez. ..…. Indirizzo ………………… di questo Istituto;
* **Vista** la certificazione medica prodotta e i farmaci consegnati;
* **Viste** le Linee Guida Ministero Salute 2005;
* **Vista** la CONVENZIONE PER LA TUTELA E SOSTEGNO AGLI STUDENTI CON PATOLOGIE DIABETICHE ED ALTRE PATOLOGIE CRONICHE IN CONTESTI EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, IN REGIONE CAMPANIA tra La Regione Campania e il MIUR USR per la Campania stipulata a maggio 2018 e pubblicata sul BURC;

**Si predispone il presente protocollo di intervento**

**esonerando la scuola da qualsivoglia responsabilità.**

Il presente protocollo ha la funzione di individuare le procedure che meglio consentiranno la prevenzione e la gestione della patologia di cui l’alunno/a è soggetto. Il protocollo mira, dunque, a raggiungere i seguenti scopi:

* Garantire una regolare attività scolastica dell’alunno/a.
* Ridurre al minimo i rischi che possono seguire eventuali crisi.
* Definire le procedure di intervento e le misure preventive da attuarsi da parte di coloro che procedono al primo intervento.

In presenza dei seguenti **SINTOMI** indicati nella certificazione medica: ……………………..

1. **allertare il collaboratore di piano per la somministrazione del farmaco da reperire immediatamente nella cassetta di pronto soccorso, chiamare immediatamente il 118 e contestualmente i genitori**
2. **Somministrare il seguente farmaco………..……………….nelle seguenti modalità: ………………………………………………………………………………………………………………………….….**

I farmaci, consegnati dai genitori con verbale di consegna, sono **conservati in confezione integra,** in maniera riservata, **nella cassetta del pronto soccorso** di piano insieme a copia della certificazione medica e i genitori si impegnano a provvedere, sotto la loro responsabilità, alla loro sostituzione in caso di scadenza e al rifornimento continuo in caso di utilizzo.

**Numeri di telefono utili:**

**Pediatra di riferimento o medico certificatore ………………………………**

**Genitore 1: ........................................................................................**

**Genitore 2……………………………………………………………………….**

**Tutto ciò premesso, si dispone quanto segue:**

**Si INDIVIDUANO** per la somministrazione del farmaco:

i docenti:

1………………………….…………………………..., 2……………………………………………………….

e i collaboratori scolastici in servizio: 1………………………….…………………………..., 2……………………………………………………….

Resta comunque prescritto il ricorso al Servizio Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso (118) tempestivamente e senza indugio. Contemporaneamente dovranno essere avvertiti i genitori che sono rintracciabili ai numeri: ……………….……………..Inoltre, il medico di riferimento è rintracciabile al numero …………………….………...

In caso di uscita didattica, spostamento verso altra palestra o biblioteca, evento sportivo, spettacolo o altra uscita programmata è necessario assicurarsi che l’accompagnatore sia tra quelli individuati per la somministrazione, inoltre l’accompagnatore dovrà assicurarsi della presenza del farmaco e del protocollo di somministrazione e dovrà provvedere alla corretta tenuta.

**In caso di assenza dal servizio, i docenti stessi, il personale ATA e il DSGA avranno cura di avvisare, in via riservata, di quanto predisposto nel presente protocollo, i colleghi supplenti.**

Sarno, lì

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Emma Tortora