

**1° RICHIESTA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE DIDATTICO/RESPONSABILE PEDAGOGICO**

Istituto Comprensivo/ Direzione Didattica/Nucleo Pedagogico \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico/Coordinatore Didattico/Responsabile Pedagogico \_\_\_\_\_

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ E\_Mail: \_\_\_\_\_

Alla Centrale Pediatria di Comunità  
S.S.D. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud  
Dipartimento Materno-Infantile  
ASL Città di Torino

**Oggetto: Minore** \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico/Responsabile Pedagogico chiede l'attivazione del percorso di **Formazione/Addestramento per il personale scolastico/educativo, come da All.2.**

A tal fine dichiara:

- di aver verificato, ed aver raccolto formalmente, la disponibilità del personale scolastico/educativo, delegato dai genitori come tutor del minore, ad essere formato/addestrato e a somministrare il farmaco/realizzare l'intervento sul minore, come da richiesta e delega dei genitori (All.1 e All.2), e di averne valutato l'adeguatezza, anche in relazione ai requisiti da Vademecum;
- che i soggetti da All.2 hanno svolto con successo il percorso di Informazione/Formazione Generale on-line inerente la patologia/i bisogni speciali del minore in oggetto, acquisendo specifico attestato;
- di aver visionato i requisiti richiesti per locali e presidi, (All.C) e di aver predisposto quanto necessario e gli eventuali correttivi;
- di aver identificato: 1) un locale adeguato per la somministrazione farmaci/l'effettuazione dell'intervento, valutando anche le necessarie esigenze di riservatezza e sicurezza; 2) un locale/spazio adeguato alla conservazione dei farmaci, delle attrezzature necessarie e della documentazione sanitaria del minore, nel rispetto della normativa vigente;
- di poter garantire, per i locali/spazi identificati, la destinazione d'uso, l'adeguatezza e la manutenzione, comprensiva delle apparecchiature necessarie (es.: telefonia, frigorifero, ecc.), in modo continuativo e per tutto il tempo in cui sia necessaria l'effettuazione dell'intervento sul minore;
- di aver pertanto effettuato una valutazione complessiva di fattibilità, per quanto attiene agli aspetti di natura logistico-organizzativa in ambito scolastico, con esito positivo;
- di aver identificato, come REFERENTE SCOLASTICO:

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ reperibile al seguente numero di telefono (preferibilmente cellulare): \_\_\_\_\_ per la gestione degli aspetti burocratico-organizzativi e per i necessari rapporti/comunicazioni con il personale sanitario ASL e con i genitori del minore in oggetto.

Si segnala l'eventuale presenza di barriera linguistica per la famiglia del minore e quindi la necessità della presenza di un mediatore culturale **SI'** **NO**

Si allegano alla presente i seguenti documenti o copia degli stessi:

- Richiesta dei Genitori (Allegato 1), Richiesta/Delega/Liberatoria dei genitori (Allegato 2), copia Documenti di Identità dei genitori
- Eventuale Dichiarazione di genitore solo (Allegato2/bis) e copia del Documento Identità
- Certificazione/Prescrizione medica specifica (Allegato 3/sue varianti)
- Informativa/Accordo, firmato dai Genitori e dal Sottoscritto

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE DIDATTICO/RESPONSABILE PEDAGOGICO