



# ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "V. DANDOLO"

SEDE CENTRALE: P.zza Chiesa, 2 – 25030 BARGNANO di CORZANO (BRESCIA)

Tel. 030.9718132 \_ Fax. 030.9719062 \_ e-mail: [BSIS02200A@istruzione.it](mailto:BSIS02200A@istruzione.it) \_ pec: [BSIS02200A@pec.istruzione.it](mailto:BSIS02200A@pec.istruzione.it)  
sito web: [www.iisdandolo.edu.it](http://www.iisdandolo.edu.it) - C.F. 86000710177

SERVIZI PER L'AGRICOLTURA E LO SVILUPPO RURALE  
SERVIZI PER L'ENOGASTRONOMIA E L'OSPITALITÀ ALBERGHIERA  
SETTORE ECONOMICO TECNICO "TURISMO"  
PERITO TECNICO AGROALIMENTARE QUADRIENNALE SPERIMENTALE

SEDI COORDINATE: [Orzivecchi ITT](#) [Orzivecchi GIARDINO](#) [Lonato AGRARIO](#)



Allegato 3.

Protocollo n. \_\_\_\_\_

Bargnano di Corzano, \_\_\_\_\_

## OGGETTO: Disponibilità del Personale Scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.

- **Vista** la richiesta della famiglia alla somministrazione in orario scolastico di terapia farmacologica;
- **Visto** il Protocollo di Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;
- **Considerato** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nella Certificazione Medica (di cui al Modulo *Allegato 2.*), senza il possesso di particolari cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;
- **Vista** l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;
- **Vista** la formale dichiarazione della famiglia a non imputare all'Istituto di Istruzione Superiore "V. Dandolo" alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le eventuali conseguenze sanitarie che tale azione può arrecare allo studente;

Il Personale scolastico di cui alla tabella sotto riportata, dopo la fase di informazione/formazione e addestramento circa le modalità di somministrazione, fornisce formale disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella Certificazione Medica allegata (rif. Modulo *Allegato 2.*)

Cognome e Nome	Funzione	Firma per disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i

per gli studenti della sede:

- Centrale di Bargnano di Corzano
- Coordinata di Orzivecchi Giardino
- Coordinata di Orzivecchi ITT
- Coordinata di Lonato

facenti parte della classe \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico, in data \_\_\_\_\_ autorizza il personale scolastico in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i riportati nella Certificazione Medica allegata.



Il Dirigente Scolastico  
**Prof. Giovanni Montanaro**