LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

Via Goito 4, 20121 Milano – C.F. 80150590158 – C.M. MIPC170001 – Tel. 02/6551278

ALLEGATO 3

Dichiarazione di disponibilità volontaria del personale scolastico alla somministrazione di farmaci / gestione di dispositivi medici

Ai sensi dell'art. 2 del Protocollo quadro D.G.R. Lombardia n. XII/4483 del 3.6.2025: il personale scolastico agisce su base esclusivamente volontaria e non è tenuto al possesso di competenze sanitarie.

Al Dirigente Scolastico del Liceo Classico Statale «Giuseppe Parini» di Milano

Cognome e nome:	**Qualifica (Docente / Personale ATA):**
Classe/i o plesso di servizio:	**Recapiti (tel./e-mail):**

Il/la sottoscritto/a, informato/a in merito al caso dello studente/della studentessa

_____

e alle indicazioni del relativo Piano Terapeutico,

DICHIARA

☐ di rendersi disponibile, su base volontaria e gratuita, a effettuare la somministrazione del farmaco e/o la gestione del dispositivo medico secondo le indicazioni del Piano Terapeutico allegato agli atti;

☐ di essere consapevole che tale disponibilità non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;

☐ di impegnarsi a partecipare alla formazione/informazione organizzata dall'ASST territorialmente competente o da Associazioni di pazienti riconosciute;

☐ di essere consapevole che, in caso di situazioni di emergenza/urgenza, dovrà comunque essere contattato il Numero Unico dell'Emergenza 112, specificando il riferimento al «Protocollo Farmaci»;

☐ di essere a conoscenza che l'attività formativa eventualmente ricevuta non attribuisce competenze di tipo sanitario e non è sostitutiva di titoli abilitanti riconosciuti dalla legge.

Milano, _____

Firma:	**Per presa visione – Il Dirigente Scolastico:**