



ASD PIAGGIONE VILLANOVA CALCIO
VIA SOTTOPOGGIO PER SAN DONATO 94
50053 EMPOLI (FI)
TEL 0571 76157
C.F. 05452130486
P. IVA 05452130486
WWW.PIAGGIONEVILLANOVACALCIO.NET
INFO@PIAGGIONEVILLANOVACALCIO.NET
PEC: PIAGGIONE@PEC.CGN.IT

Allegato 4
Modulistica per la Società Sportiva

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)
(art. 2 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio, n. 653)

Oggetto: Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario summer camp al bambino/a _____

Il Sottoscritto Dirigente sportivo _____ e il Referente per l'Azienda USL _____ dott./dott.ssa _____,

- vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale del bambino/a _____
- vista la certificazione medica con attestazione e Piano Terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL n. _____, dal dott. _____

in data ____/____/____, nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario di summer camp si attesta la somministrazione del farmaco (nome commerciale)

_____ da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

- vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde):
 - Salvavita
 - Indispensabile
- constatata la presenza di personale disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a bambino/a, secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

DISPONGONO

che il farmaco venga consegnato dal genitore o dall'esercente la potestà genitoriale al responsabile incaricato Sig./Sig.ra _____;

che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale: _____;

che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore, che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

che il farmaco possa essere somministrato in orario di summer camp dal seguente personale, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente:



ASD PIAGGIONE VILLANOVA CALCIO
VIA SOTTOPOGGIO PER SAN DONATO 94
50053 EMPOLI (FI)
TEL 0571 76157
C.F. 05452130486
P. IVA 05452130486
WWW.PIAGGIONEVILLANOVACALCIO.NET
INFO@PIAGGIONEVILLANOVACALCIO.NET
PEC: PIAGGIONE@PEC.CGN.IT

NOME E COGNOME	Tipo di personale	FIRMA (leggibile)	Data attestato di formazione rilasciato dall'Azienda USL

Il Dirigente sportivo

L'Azienda USL

Il Sottoscritto _____ genitore di _____, con la presente :

- esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario di summer camp, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel presente Piano di intervento Personalizzato;
- si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari _____.

Empoli, il

Firma del genitore