

Allegato A

Al Dirigente Scolastico

I.C. "San G. Bosco – G. Venisti"

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

docente/ATA \_\_\_\_\_ presso la scuola \_\_\_\_\_

formazione primo soccorso \_\_\_\_\_ SI  NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_

Dichiara

- la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

- la propria disponibilità a partecipare, a titolo volontario, a un incontro di formazione sulla somministrazione di farmaci a scuola.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_