

Allegato 4

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "M.T. Cicerone"

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 (iniziale) _____ 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 _____