

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni (da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)

Al Dirigente Scolastico
Dell' I.C. "Uditore – Setti Carraro

Palermo

Il/La sottoscritto/a docente/collaboratore scolastico/assistente amministrativo (*altro*)

in servizio presso questo IC nella Scuola Dell'Infanzia / Primaria / Secondaria di Primo Grado in qualità di

☐ docente formato primo soccorso.....SI ☐ NO ☐

☐ collaboratore scolastico formato primo soccorso..... SI ☐ NO ☐

☐ assistente amministrativo formato primo soccorsoSI ☐ NO ☐

☐ assistente tecnico formato primo soccorso..... SI ☐ NO ☐

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno (iniziali).....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.

Data,

FIRMA
