Modulo 4

Al Dirigente Scolastico

IC “F. Bruno” di Paola

Sede

**Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il/La sottoscritto/a docente……………………………………………………………………………

presso l’Istituto Comprensivo “F. Bruno” di Paola (CS) – Plesso ……………………………………………

docente formato primo soccorso............................................................................... SI NO collaboratore scolastico formato primo soccorso…………………………………...SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell’alunno (iniziale)………………………..della classe……sez. …….

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_