

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La sottoscritta docente della classe SI NO

docente formato primo soccorso..... SI NO

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

presso la scuola dell'Istituto Comprensivo

.....

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.

Data

FIRMA

firma per presa visione