

Allegato 5 - (Modulo di messa a disposizione)

Al Dirigente Scolastico
I.C. San Marco Argentano

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a..... docente/ ATA presso

l'Istituto Comprensivo di San Marco Argentano – Plesso

docente formato primo soccorso..... SI NO

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

considerata la richiesta dei genitori dell'alunnodella 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

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Aloise Lisa
