

Oggetto: **Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il /la sottoscritto/a..... in qualità di PERSONALE ATA/DOCENTE

Dell'Istituto Comprensivo di Miaramare presso la scuola infanzia/primaria/secondaria di 1^ grado

plesso formato in primo soccorso SÌ NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....

della classe.....sez..... prot.n. _____ del _____ e il piano terapeutico

consegnato dalla famiglia prot n. _____ del _____

DICHIARA

- la propria DISPONIBILITÀ alla somministrazione dei farmaci per situazioni di emergenza secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e visionata, fino a revoca della presente dichiarazione

- la propria NON DISPONIBILITÀ alla somministrazione dei farmaci per situazioni di emergenza secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e visionata, fino a revoca della presente dichiarazione

Rimini, lì _____

Firma

.....