Al Dirigente Scolastico

dell'I.C "Dozza Imolese- Castel Guelfo"

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

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

presso la scuola .....

formato primo soccorso..... SI NO

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.

- la propria disponibilità a partecipare, a titolo volontario, a un incontro di formazione sulla somministrazione di farmaci a scuola.

Data Firma