

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"R. MORZENTI"

OGGETTO: Disponibilità per la somministrazione di farmaci agli alunni

Il/la sottoscritto/a

in servizio presso in qualità di

docente formato primo soccorso si no

collaboratore scolastico formato primo soccorso si no

assistente amministrativo formato primo soccorso si no

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a (iniziali) 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