

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO  
SONDRIO "PAESI RETICI"

**Disponibilità per la somministrazione di farmaci agli alunni**

Il/la sottoscritto/a .....

in servizio presso .....

in qualità di

- |  |                        |                             |                             |
|--|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> docente                   | formato primo soccorso | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> collaboratore scolastico  | formato primo soccorso | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> assistente amministrativo | formato primo soccorso | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

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

d i c h i a r a

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 .....