

DISPONIBILITA' SOMMINISTRAZIONE FARMACO IN AMBITO SCOLASTICO

Al Dirigente scolastico
Istituto Comprensivo n.1
Porto Torres

Il/La sottoscritto/a docente/ATA_____

presso la scuola_____considerata

la richiesta di somministrazione farmaco in ambito scolastico presentata dai genitori

dell'alunno_____classe/sezione_____

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 un incontro di formazione sulla somministrazione di farmaci a scuola.

Data.....

Firma

.....