|  |
| --- |
| **Allegato4** |

**DISPONIBILITA’ SOMMINISTAZIONE 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

………………………………………………….