

Allegato 5

DISPONIBILITÀ per la somministrazione di farmaci agli alunni

[A CURA DEL PERSONALE SCOLASTICO]

Al Dirigente Scolastico
IC RAFFAELLO di Roma

Il/La sottoscritto/a dipendente _____,

in servizio presso l'IC RAFFAELLO della scuola

Infanzia, plesso _____

Primaria, plesso _____

Secondaria, plesso _____

in qualità di

docente formato sul primo soccorso (ai sensi del D.L. 81/2008) SI NO

collaboratore scolastico formato sul primo soccorso SI NO

docente formato alla somministrazione SI NO

collaboratore scolastico formato alla somministrazione SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno (iniziali) _____ della classe _____

sez _____ della scuola

Infanzia, plesso _____

Primaria, plesso _____

Secondaria, plesso _____

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.

Roma, _____

FIRMA
