



Allegato 5

Al Dirigente Scolastico
IC RAFFAELLO, Roma

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a dipendente _____, in
servizio presso IC RAFFAELLO,

- ☐ Infanzia, plesso _____
- ☐ Primaria, plesso _____
- ☐ Secondaria, plesso _____

in qualità di

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ docente formato primo soccorso (ai sensi del D.L. 81/2008) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ collaboratore scolastico formato sul primo soccorso | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ assistente amministrativo formato primo soccorso | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ assistente tecnico formato primo soccorso | 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
