

Al Dirigente Scolastico  
Scuola Secondaria Statale  
I grado "A. Inveges"  
Siacca

Sede

**Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il/La sottoscritto/a docente/ collaboratori scolastici/ A.A.....

presso la Scuola Secondaria Statale I grado "A. Inveges" .....

docente formato primo soccorso..... SI - NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso.....SI - NO

assistente amministrativo formato primo soccorso.....SI - NO

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

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 ed a effettuare un minipercorso (2 ore) di formazione specifica con l'ASP.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_