

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

(Il modello va completato dal personale della scuola: docente e ATA)

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Don F. Mottola"
Tropea-Ricadi**

Il/La sottoscritto/a _____
docente della classe _____ SI NO
Docente formato primo soccorso _____ SI NO
Collaboratore scolastico in servizio al plesso _____
al piano _____ formato primo soccorso SI NO
in servizio per l'anno scolastico 2024/2025 presso l'Istituto Comprensivo "Don F. Mottola" Tropea-Ricadi
con sede di servizio al plesso _____ considerata la richiesta dei
genitori dell'alunno/a _____
della classe _____

COMUNICA E DICHIARA

la propria disponibilità alla sorveglianza sulla corretta assunzione del farmaco come indicato CON
PRESCRIZIONE MEDICA del dott. _____ numero iscrizione all'Ordine dei Medici
_____ - provincia di _____ per situazioni di
emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta alla scuola e della quale lo
scrivente deve essere messo a conoscenza per le procedure inerenti la somministrazione stessa.

Dati relative alla formazione:

Formato il _____ dall'Ente _____
con certificazione in possesso della scuola e valido fino al _____.

Data _____

Firma _____