AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
SONDRIO "CENTRO"

Disponibilità per la somministrazione di farmaci agli alunni

Il/la sottoscritto/a ……
in servizio presso ……
in qualità di

☐ 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 (iniziali) …….. della classe …….

d i c h i a r a

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.

Data …….. Firma ……