

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.

Necessità di apposita formazione da parte di ASST VALTELLINA E ALTO LARIO

si ☐ no ☐

Data

Firma