



Istituto Comprensivo via Suor Celestina Donati

Scuola Primaria e Secondaria di I Grado

Via Suor Celestina Donati, 110

CM: RMIC8GV009 - CF: 97714110588 – Telefono: 063012306 - fax: 0635059504 Mail:
rmic8gv009@istruzione.it PEC: rmic8gv009@pec.istruzione.it



Al Dirigente dell'I.C. Donati
Prof.ssa Candida Carrino

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione dei farmaci

Il sottoscritto _____

Docente della classe _____ sì ___no ___

Docente formato di primo soccorso _____ sì ___no ___

Collaboratore scolastico formato di primo soccorso _____ sì ___no ___

In servizio presso il plesso _____ dell'I.C. Suor Celestina Donati, considerata la
richiesta dei genitori dell'alunno _____ 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.

Il personale scolastico riceve il farmaco in data _____ che sarà conservato in luogo adeguato e sicuro.

Luogo e data _____

Firma _____