

**Allegato**

**Al Dirigente Scolastico I.C. 4  
"Sulmona Catullo salesiano"**

**Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

**Il/La sottoscritto/a**

\_\_\_\_\_

**docente/ATA** \_\_\_\_\_

**presso la scuola** \_\_\_\_\_

**formazione primo soccorso** \_\_\_\_\_

**considerata la richiesta dei genitori dell'alunno (iniziale)** \_\_\_\_\_

**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.**

**- la propria disponibilità a partecipare, a titolo volontario, a un incontro di formazione sulla somministrazione di farmaci a scuola.**

**SI  NO**

**DATA** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_