

**Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il/La sottoscritto/a docente.....

presso l'Istituto Comprensivo di CORSO CAVOUR – Plesso .....

docente formato primo soccorso..... SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso.....SI NO

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.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_