

**Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il/La sottoscritto/a docente/collaboratore scolastico/assistente  
amministrativo.....  
presso l'Istituto Comprensivo MINO MILANI – 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.

A tal fine si rende disponibile a seguire la formazione che verrà condotta da ASST secondo i tempi e  
modalità dell'ente erogatore.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_