

**MODULO dichiarazione di disponibilità per la somministrazione farmaci ad alunni**

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. "G. PHILIPPONE"

Il/La sottoscritto/a docente/ATA.....in servizio presso codesto Istituto, sede di ....., in possesso di un attestato di primo soccorso dell'Istituto):

SI NO

o di altra attività di formazione (specificare):

.....  
.....

considerata la formale richiesta da parte di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale di alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;

**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 di cui si impegna a prendere visione richiedendo eventuali chiarimenti alla famiglia interessata;
- la propria disponibilità a partecipare, a titolo volontario, a iniziative di formazione sulla somministrazione di farmaci a scuola.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_