

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo
Grazzanise

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a
in servizio presso codesta scuola in qualità di

docente formato primo soccorso..... SI NO

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

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno(iniziale).....della classe.....

sez.... Scuola (infanzia/primaria) plesso(SMP/SB)

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