

**DISPONIBILITA' DEL PERSONALE SCOLASTICO E ALTRO PERSONALE INCARICATO
DELLA SCUOLA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**

ANNO SCOLASTICO 20____/20____

Al Dirigente Scolastico

I.C." Ilaria Alpi"

Ladispoli

Il sottoscritto/a _____

☐ Insegnante ☐ collaboratore scolastico ☐ A.A.

PRESO ATTO della prescrizione medica dell'alunno/a _____

della classe _____ sez. _____ plesso _____

PRESO ATTO della richiesta dei genitori sigg. _____

per la somministrazione del farmaco salvavita _____

per l'idratazione con Peg

- Nella consapevolezza che la somministrazione di tali farmaci e/o interventi è indispensabile affinché il/la alunno/a possa frequentare la scuola;
- Consapevole che non è richiesta alcuna competenza specialistica di tipo sanitario

DICHIARA

su base volontaria

- ☐ di essere disponibile a somministrare il farmaco salvavita all'alunno/a _____
nei casi previsti dal certificato medico.

ORARIO DI SERVIZIO

LUNEDI _____

MARTEDI _____

MERCOLEDI' _____

GIOVEDI' _____

VENERDI' _____

Ladispoli, _____

_____ (firma)