

ALLEGATO 4- DOCENTI/ ATA

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO

Il Sottoscritto .....,  
DOCENTE/ COLLABORATORE SCOLASTICO dell'Istituto Comprensivo "Mon A. Caselle" Rapolla,  
Scuola.....classe..... (per il personale docente)  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
in relazione alla richiesta di somministrazione del/i seguente/i farmaci - dispositivo -  
presidio \_\_\_\_\_ effettuata da (genitore/esercente la responsabilità genitoriale:  
SIG. \_\_\_\_\_ SIG.RA \_\_\_\_\_  
di (COGNOME E NOME ALUNNO) \_\_\_\_\_  
Frequentante la scuola \_\_\_\_\_ sez./classe \_\_\_\_\_  
per (indicare la patologia) \_\_\_\_\_

DICHIARA

la propria disponibilità a somministrare, come da domanda della famiglia e da certificato medico, in orario scolastico, nella consapevolezza che il caso in questione rientra fra quelli previsti e che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché l'alunno possa frequentare la scuola.

La Famiglia/esercente di responsabilità genitoriale solleva lo scrivente da qualsiasi responsabilità derivante dalle modalità di somministrazione degli stessi.

Rapolla, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_