

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

Rapolla, _____

Firma
