

AII. 2C

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

Il Sottoscritto _____,

insegnante/ addetto del personale ATA _____,

dell'Istituto Comprensivo T.Croci di Paderno Dugnano, 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 affinché il bambino possa frequentare la scuola.

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

Paderno Dugnano, _____

Firma _____