Allegato 7

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. "Canonico Vincenzo Bascetta"
Adrano (CT)

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione dei farmaci salvavita/indispensabili agli alunni in orario scolastico.

Il/La sottoscritto/a _____in servizio presso codesto Istituto in qualità di ☐ Docente ☐ Collaboratore scolastico, ☐ formato al primo soccorso, considerata la richiesta del ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il _____/_____/_____ e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe _____sez _____del Plesso _____;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita/indispensabile per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e posta agli atti delle scuola.

_____(____), _____

Firma

_____