ALLEGATO B4

Al Dirigente Scolastico dell’I.C. di FAEDIS

**Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il/La sottoscritto/a docente/collaboratore scolastico...................................................................................

Presso la scuola ........................................................................................................................

* formato primo soccorso SI NO
* con formazione specifica SI NO (specificare: …………………………………………...…………... …………………………………………………………………………………………………………………)

Considerata la richiesta dei genitori dell’alunno/a .................................................................... della classe ........................

Dichiara

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

Data .................................... Firma .........................................................................

Si autorizza/NON si autorizza .......................................................