|  |  |
| --- | --- |
| logo | **M.I. - USR LOMBARDIA**  **ISTITUTO COMPRENSIVO 1”SPINI-VANONI” MORBEGNO**  Via Ambrosetti 34 - 23017 MORBEGNO (SO)  Tel. n. 0342/610121 - CF. 91015230146  **e-mail: soic81700q@istruzione.it - soic81700q@pec.istruzione.it**  www. ic1morbegno.edu.it |

Allegato 3

**Disponibilità per la somministrazione di farmaci agli alunni**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO 1

“SPINI-VANONI” MORBEGNO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

□ docente formato primo soccorso si □ no □

□ collaboratore scolastico formato primo soccorso si □ no □

□ assistente amministrativo formato primo soccorso si □ no □

considerata la richiesta dei genitori dell’alunno/a (iniziali) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

d i c h i a r a

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_