

Allegato 5

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni (da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)

Al Dirigente Scolastico dell'IC G. D. Romagnosi
Carate Brianza

Il/La sottoscritto/a docente/collaboratore scolastico/ass. amministrativo in servizio presso l'Istituto comprensivo "G. D. Romagnosi" di Carate Brianza, in qualità di

- docente formato primo soccorso..... SI NO
- collaboratore scolastico formato primo soccorso.....SI NO
- assistente amministrativo formato primo soccorso.....SI NO
- assistente tecnico formato primo soccorso.....SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunnodella 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
