

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ/INDISPONIBILITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO (solo personale scolastico)

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Caruso di Altavilla Irpina

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di

Docente/Ata in servizio presso l'IC Caruso al plesso di

Altavilla/Grottolella/Montefredane

classe/sezione _____ della Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria di Primo grado

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

Via _____ n. _____ Tel. _____

Vista la richiesta formulata dalla famiglia in merito alla somministrazione di farmaci all'alunno/a _____;

Visti il certificato medico e il piano terapeutico allegati alla citata richiesta;

Vista la Nota Miur n. 2312 del 25 novembre 2005, Linee guida per la somministrazione dei farmaci;

Considerato che i genitori/esercenti la responsabilità genitoriale sollevano la scuola e il personale dell'istituto da qualsiasi responsabilità derivante dalle modalità di somministrazione

DICHIARA

☐ di essere **DISPONIBILE/INDISPONIBILE** a somministrare il farmaco in orario scolastico, come da richiesta della famiglia e secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta, nella consapevolezza che il caso in questione rientri tra quelli previsti e che la somministrazione sia ritenuta indispensabile affinché l'alunno/a possa frequentare la scuola, nonché di provvedere all'immediata segnalazione al 112 e ai familiari dell'eventuale malessere dell'alunno/a

☐ di avere adeguata formazione per il primo soccorso ai sensi del D.lgs. 81/2008

Luogo e data

Firma
