AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’Istituto Comprensivo

“Matteo Ricci” di Polverigi

DISPONIBILITA’ ALLA SOMMINISTRAZIONE FARMACI AGLI ALUNNI

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

Insegnante dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto il certificato medico rilasciato dal Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di somministrazione del farmaco salvavita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

su base volontaria e in virtù di un rapporto fiduciario con la famiglia di essere disponibile a somministrare il

farmaco salvavita al bambino, nei casi previsti dal certificato medico nell’anno scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro di conservare tale farmaco in modo sicuro nel seguente luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Dichiaro di essere in possesso della Formazione Primo Soccorso.

Polverigi, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’Insegnante

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