

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA VIGILANZA DURANTE L'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, insegnante/addetto del personale ATA dell'Istituto Comprensivo Porto Torres 1, plesso \_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_ (per il personale docente), nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

In relazione alla richiesta di **autosomministrazione** del/i seguente/i farmaci \_\_\_\_\_ presentata da genitore/esercente la responsabilità genitoriale:

Sig. \_\_\_\_\_ Sig.ra \_\_\_\_\_

di (Cognome e Nome alunno/a) \_\_\_\_\_

frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

come da domanda della famiglia e da certificato medico, con la consapevolezza che il farmaco in questione sia indispensabile per la frequenza a scuola dell'alunno/a

**DICHIARA**

la propria disponibilità alla vigilanza durante l'autosomministrazione del farmaco in orario scolastico

di non rendersi disponibile alla vigilanza durante l'autosomministrazione del farmaco in orario scolastico

Porto Torres, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_