

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 _____