

Oggetto: disponibilità somministrazione farmaci

l sottoscritt_ _____ in servizio presso la scuola

_____ sede di _____ in qualità di

- ☐ Docente della classe
- ☐ Collaboratore scolastico
- ☐ Docenti in servizio nella sede
- ☐ Altro

Dichiara di (barrare una voce)

- ☐ **Essere disponibile** a somministrare farmaci a scuola per l'alunno: della classe
- ☐ **Non essere disponibile** a somministrare farmaci a scuola per l'alunno: della classe

In merito alla somministrazione del farmaco (*indicare il farmaco*) _____

- Dichiara di essere disponibile a seguire opportuna formazione specifica, effettuata dal Distretto sanitario, coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia, come previsto dal Protocollo d'intesa tra il M.I.U.R. U.S.R.- Lazio e la Regione Lazio
- Dichiara inoltre di aver seguito i seguenti corsi di formazione
 - ☐ addetto al primo soccorso
 - ☐ partecipazione alla gestione dell'emergenza e del primo soccorso
 - ☐ tematiche correlate _____

Roma, _____

Firma
