

Allegato E

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

(Da compilare a cura del personale docente e ATA)

Il sottoscritto.....

In servizio presso Codesto Istituto in qualità di
..... a tempo
....., nel plesso di di
scuola.....
.

DICHIARA

La propria disponibilità, previa formazione/informazione specifica, alla somministrazione del
farmaco salvavita/indispensabile (barrare la voce che non
interessa).....

all'alunna/o..... frequentante la sezione/classe
..... del plesso di..... di
scuola, come da prescrizione
medica.

Luogo e data.....il.....

Firma

.....