**Modulo 3**

Al Dirigente Scolastico

I.I.S. A. Volta

**Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il/La sottoscritto/a .....

docente formato primo soccorso SI [] NO []

collaboratore scolastico formato primo soccorso SI [] NO []

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno(iniziale).....della classe.....

**dichiara**

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta impegnandosi a comunicare al D.S. e all'R.S.P.P. su eventuali situazioni croniche verificatesi durante l'operazione predetta.

Pescara,

FIRMA PER ACCETTAZIONE

_____