

# ISTITUTO COMPRENSIVO CARRARESE EUGANEO

## Allegato B

### VERIFICA DELLA DISPONIBILITÀ' DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA/INDISPENSABILI

(da compilare a cura della **Segreteria Scolastica**)

A tutto il Personale

del plesso .....

Si comunica che nel plesso .....è presente l'alunno/a ..... della classe ..... affetto da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita/indispensabili, si chiede a tutto il personale, la disponibilità alla somministrazione.

Sarà cura del Dirigente, richiedere alla ASL di competenza di effettuare un' apposita "formazione in situazione" se il caso richiedesse competenze specifiche.

Il personale disponibile, con precedenza agli insegnanti di classe, di sostegno e collaboratori scolastici, fermo restando che per gli Addetti al Primo soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico, potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

Il Personale disponibile alla somministrazione (insegnanti di classe, di sostegno, collaboratori scolastici)	
Nome e cognome	firma

Il Dirigente Scolastico

.....