

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di San Giorgio di Piano
Dott.ssa Cinzia Quirini

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni.

Il/La sottoscritto/a docente della classe SI NO
docente formato primo soccorso SI NO
collaboratore scolastico formato primo soccorso SI NO
presso la scuola dell'Istituto Comprensivo di San Giorgio di Piano
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 salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta

Data

FIRMA