

Allegato 7



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo NORD 2 - Brescia

Via Costalunga, 15 - 25123 BRESCIA Cod. Min. BSIC88400D - Cod.Fisc. 80049710173
Tel.030307858 - 0308379448-9 - Fax 0303384275 url- <https://www.icnord2brescia.edu.it/>
e-mail: bsic88400d@istruzione.it; bsic88400d@pec.istruzione.it

Spett.le

Dirigente Scolastico del

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione dei farmaci
salvavita/indispensabili agli alunni in orario scolastico.

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso
codesto Istituto in qualità di ☐ Docente ☐ Collaboratore scolastico, ☐
formato al primo soccorso, considerata la richiesta del ☐ Genitore dello/a ☐
Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome)
_____, nato/a a _____ il
_____/_____/_____ e residente a _____ in Via
_____, che frequenta la classe _____ sez _____ del
Plesso _____;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia
quotidiana e/o del farmaco salvavita/indispensabile per situazioni di
emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica
prodotta e posta agli atti delle scuola.

_____, _____

Firma