

**ACQUISIZIONE DELLA DISPONIBILITÀ DI DOCENTI/PERSONALE ATA  
ALLA VERIFICA/DOCUMENTAZIONE IN CASO DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

ANNO SCOLASTICO

**Plesso scolastico**

Comune

Via

n°

Classe/Sezione

Piano

**Alunna o alunno/studentessa o studente maggiorenne**

Cognome

Nome

Nata/o il

CODICE FISCALE

Io sottoscritto COGNOME

NOME

nato a

il

ruolo

in relazione alla richiesta di attivazione del percorso di continuità della cura in ambito scolastico, presentata per l'alunna/alunno o per la studentessa/studente maggiorenne soprageneralizzata/o, consapevole che la disponibilità alla verifica/documentazione dell'avvenuta auto-somministrazione di farmaci in ambito scolastico non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica e che i genitori/esercenti la responsabilità genitoriale/studentessa o studente maggiorenne sollevano i docenti/personale ATA da responsabilità derivanti da eventuale errore nell'auto-somministrazione di farmaci in ambito scolastico

☐ **mi dichiaro disponibile** alla verifica/documentazione dell'auto-somministrazione di farmaci, secondo quanto indicato nella certificazione medica (MODULO 1).

☐ **mi dichiaro non disponibile** alla verifica/documentazione dell'auto-somministrazione di farmaci.

Data

Firma

---