

**ACQUISIZIONE DELLA DISPONIBILITÀ DI DOCENTI/PERSONALE ATA
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI/UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI**

ANNO SCOLASTICO

Plesso scolastico

Comune Via n°

Classe/Sezione Piano

Alunna o alunno/studentessa o studente

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/lo studente soprageneralizzata/o, consapevole che la disponibilità alla somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica e che il/i richiedente/i sollevano i docenti/personale ATA da responsabilità derivanti da eventuale errore nella somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici in ambito scolastico

mi dichiaro disponibile alla somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici, secondo quanto indicato nella certificazione medica (MODULO 1).

mi dichiaro non disponibile alla somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici

Data / /

Firma
