

Al Dirigente Scolastico
Istituto Omnicomprensivo di
Varzi

Sede

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a docente.....

presso l'Istituto Omnicomprensivo di Varzi – Plesso

docente formato primo soccorso SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso SI NO

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
