

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

\_\_\_\_\_