

Allegato 4

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Cetraro

Disponibilità per la somministrazione farmaci

Il/La sottoscritto/a..... in servizio presso l'Istituto Comprensivo
(cognome e nome)
di Cetraro in qualità di:

docente formato primo soccorso,

collaboratore scolastico formato primo soccorso,

considerata la richiesta dei genitori/degli esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunn... ..della
(iniziali)
classe.....sez. del plesso

Scuola dell'Infanzia		Scuola Primaria		Scuola Secondaria di primo grado
<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> S. Pietro Alto	<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> S. Pietro Alto	<input type="checkbox"/> Corso San Benedetto
<input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Santa Lucia	<input type="checkbox"/> Marina	<input type="checkbox"/> Santa Barbara	<input type="checkbox"/> Via Donato Faini
<input type="checkbox"/> San Giacomo	<input type="checkbox"/> Vonella	<input type="checkbox"/> San Giacomo	<input type="checkbox"/> Vonella	
<input type="checkbox"/> San Filippo		<input type="checkbox"/> San Filippo		

dichiara la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco/dei farmaci per la terapia quotidiana salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica agli atti d'ufficio.

Data _____

FIRMA
