AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO DI GIARDINI NAXOS-GAGGI

**OGGETTO: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a docente/ATA……………………………………………………dell’IC “Giardini” di Giardini Naxos- Gaggi

* Scuola Infanzia
* Scuola Primaria
* Scuola Secondaria di I grado

plesso di ……………………………………………………………………

formato al primo soccorso.  SI  NO

**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.
  + La propria disponibilità a partecipare ad un incontro di formazione da parte del medico di famiglia dello studente.

Si ricorda che, in ogni caso, il dipendente pubblico è tenuto ad intervenire in caso di emergenza al fine di tutelare la salute e la sicurezza del minore.

Giardini Naxos,

FIRMA