

Al Dirigente Scolastico

ATTI

ALLEGATO B

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

Il/La sottoscritto/a, insegnante/ addetto del personale
ATA dell'Istituto Comprensivo "", in servizio nel plesso di Scuola
....., classe..... (solo per il personale
docente)

dichiara

di essere/non essere disponibile (*cancellare la voce che non interessa*) a somministrare in
orario scolastico, per situazioni di emergenza, il farmaco indispensabile/salvavita
all'alunno/a....., della classe....., della
scuola....., secondo il piano di intervento depositato agli atti
riservati della Scuola e previo incontro formativo/informativo con personale medico.

Dichiara di essere/non essere in possesso di formazione per "Primo soccorso" (*cancellare
la voce che non interessa*)

.....

Firma