

**Circolare Somministrazione farmaci**  
**Allegato 5**  
**DICHIARAZIONE DISPONIBITA' PERSONALE SCOLASTICO**

**Al Dirigente Scolastico**  
**I.C. "Mazzarrone-Licodia Eubea"**

**OGGETTO:** Disponibilità per la **somministrazione** di farmaci agli alunni

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

in qualità di

- Docente
- Collaboratore scolastico
- Assistente amministrativo

Considerata la richiesta dei genitori/tutori dell'alunno \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della

- Scuola dell'Infanzia \_\_\_\_\_
- Scuola Primaria \_\_\_\_\_
- Scuola Sec I grado \_\_\_\_\_

Dichiara

di essere disponibile alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o di un farmaco salvavita in orario scolastico per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e presente agli atti.

Dichiara inoltre di

- o aver seguito un corso di primo soccorso ai sensi del decreto legislativo 626/1994
- o NON aver seguito un corso di primo soccorso ai sensi del decreto legislativo 626/1994

La partecipazione al corso indicato non è vincolante ai fini della disponibilità alla somministrazione del farmaco che rimane comunque volontaria.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_