

***Modello da compilare a cura del personale scolastico***

***Allegato n. 5***

**Al Dirigente Scolastico**

**I.C. “Tommasone - Alighieri” - Lucera**

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * docente nella Scuola |  | dell’Infanzia | sez. ............................. |
|  |  | Primaria | classe ........ sez. .......... |
|  |  | Secondaria di primo grado | classe ........ sez. .......... |
|  |  |  |  |
| * Collaboratore scolastico nella Scuola |  | dell’Infanzia | piano ................... |
|  |  | Primaria | reparto ............................. |
|  |  | Secondaria di primo grado | reparto ............................. |

**ESPRIME**

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico per il minore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

frequentante la classe/sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della Scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine **DICHIARA**

* di aver letto il Regolamento per la somministrazione dei farmaci a Scuola;
* di essere in possesso del titolo di Pronto Soccorso;
* di provvedere alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate dalla famiglia e dal medico curante;
* di partecipare ad eventuali incontri formativi/informativi organizzati dal Dirigente scolastico.

Allega:

- copia del titolo di Addetto alle Emergenze: Primo Soccorso conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lucera, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_