MOD. D

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Omnicomprensivo Alvito

_l_ sottoscritt_ _____ in servizio presso

la Scuola _____sede di _____In qualità di

☐ Docente della classe _____ ☐ Collaboratore scolastico_____

1. Dichiara di (barrare una voce)

☐ **Essere disponibile** a somministrare farmaci a scuola per

l'alunno/a_____ della classe_____

☐ **Non essere disponibile** a somministrare farmaci a scuola per

l'alunno _____della classe_____

(informazioni sulla somministrazione del fatmaco:.....).

2. Dichiara di essere disponibile a seguire opportuna formazione specifica, effettuata dal Distretto sanitario, coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia, come previsto Dal Protocollo d'Intesa tra il M.I.U.R.- U.S.R.- Lazio e la Regione Lazio, concernente:
"Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito e orario scolastico". Reg.Cron.n.21036 del 05/02/2018

3. Dichiara inoltre di aver seguito i seguenti corsi di formazione

☐ Addetto al primo soccorso

☐ Partecipazione alla gestione dell'emergenza e del primo soccorso

☐ Tematiche correlate_____

ALVITO, _____

Firma

_____