

Allegato C	MODULO DICHIARAZIONE DISPONIBILITA' A SOMMINISTRARE FARMACI AGLI ALUNNI
-----------------------	--

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

(Da compilare a cura del personale della scuola)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto d'Istruzione Superiore
"G. Mazzini" di Vittoria

Il/La sottoscritto/a _____ docente della classe _____ SI NO
 Docente formato primo soccorso _____ SI NO
 Collaboratore scolastico formato primo soccorso _____ SI NO
 in servizio per l'anno scolastico 2025/2026 presso l'Istituto d'Istruzione Superiore "G. Mazzini" di Vittoria,
 considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a _____ della
 classe _____

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco salvavita/indispensabile prescritto per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data _____

Firma _____