Allegato D

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 "Rita Levi Montalcini" di Gorgonzola (MI), plesso _____ _____, classe_____ (per il personale docente),

nato/a a _____ il_____ residente a _____

Via _____n._____ Tel. _____

In relazione alla richiesta di somministrazione del/i seguente/i farmaci - dispositivo - Presidio _____ effettuata da genitore/esercente la responsabilità genitoriale:

Sig._____ Sig.ra_____

di (Cognome e Nome alunno/a) _____

frequentante la scuola_____classe_____sez.___

per (indicare la patologia) _____

DICHIARA

la propria disponibilità a somministrare, come da domanda della famiglia e da certificato medico, in orario scolastico, nella consapevolezza che il caso in questione rientra fra quelli previsti e che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché il bambino possa frequentare la scuola. La famiglia/esercente di responsabilità genitoriale solleva lo/la scrivente da qualsiasi responsabilità derivante dalle modalità di somministrazione degli stessi.

Gorgonzola, _____

Firma

_____