AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dell’IC “via Ceneda”

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso la scuola

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di

⁯ Docente della classe \_\_\_\_\_\_\_\_ ⁯ Collaboratore scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_

* Dichiara di (barrare una voce)
* **Essere disponibile** a somministrare farmaci a scuola per l’alunno: ….. della classe …...
* **Non essere disponibile** a somministrare farmaci a scuola per l’alunno: ….. della classe …….

(informazioni sulla somministrazione del farmaco: …………………).

* 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 Prot. n. 5985 del 19-02-2018.
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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