*Allegato 5*

Al Dirigente Scolastico

dell’I.T. Cattaneo di San Miniato (PI)

 DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ PER LA SOMMINISTRAZIONE
FARMACI A STUDENTI DELL’ISTITUTO

Il/La sottoscritto/a docente/ATA.........................................................in servizio presso codesto Istituto, considerata la formale richiesta da parte di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;

DICHIARA

- di essere in possesso di un attestato di primo soccorso dell’Istituto

SI [ ] NO [ ]

- o di altra attività di formazione (specificare): . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

- la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta di cui si impegna a prendere visione richiedendo eventuali chiarimenti alla famiglia interessata;

- la propria disponibilità a partecipare, a titolo volontario, a iniziative di formazione sulla somministrazione di farmaci a scuola.

San Miniato, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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